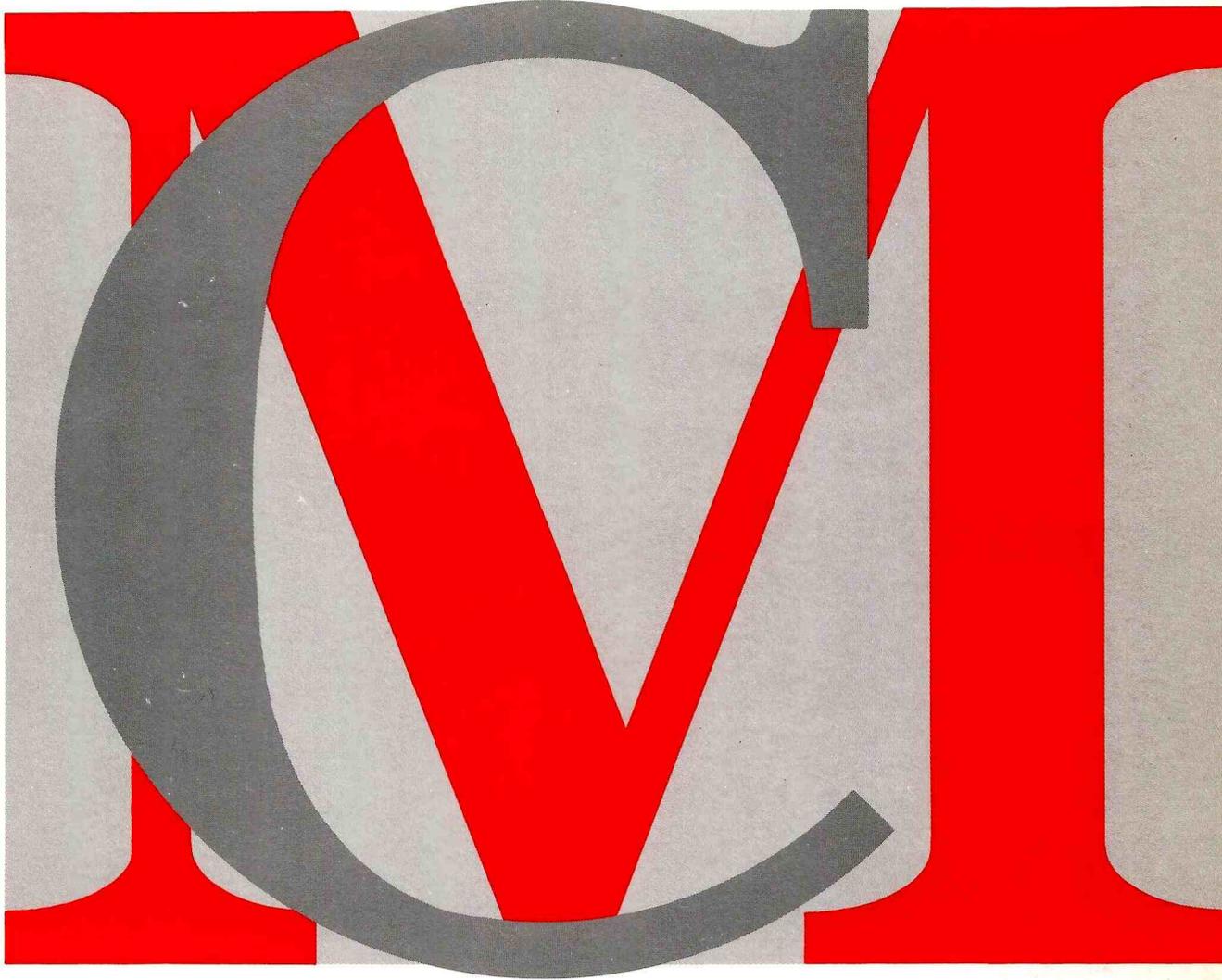


Volume 1

Número 2

Maio/Agosto 1992



REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP

SUMÁRIO

CONTENTS

	<i>Págs.</i>		<i>Pages</i>
1. — Editorial	47	1. — Editorial	47
2. — Artigos de revisão:		2. — Review Articles:	
<i>Síndromes paraneoplásicas: revisão das</i>		<i>Paraneoplastic syndrome: review of the main</i>	
<i>manifestações osteomioarticulares</i>	<i>49</i>	<i>osteomioarticular conditions</i>	<i>49</i>
<i>João Francisco Marques Neto</i>		<i>João Francisco Marques Neto</i>	
 <i>Urgência e emergência na hipertensão</i>		 <i>Hypertensive urgencies and</i>	
<i>arterial</i>	<i>54</i>	<i>emergencies</i>	<i>54</i>
<i>Armando Miguel Júnior</i>		<i>Armando Miguel Júnior</i>	
<i>Carlos Armando Reverberi</i>		<i>Carlos Armando Reverberi</i>	
 <i>Aspectos histórico-teóricos das relações saú-</i>		 <i>Historic theoretic aspect on relationship</i>	
<i>de-sociedade</i>	<i>58</i>	<i>between health society</i>	<i>58</i>
<i>Elizabeth de Leone Monteiro Smeke</i>		<i>Elizabeth de Leone Monteiro Smeke</i>	
3. — Relato de caso:		3. — Case Report:	
<i>Complicação rara de traqueostomia</i>	<i>63</i>	<i>Unusual complication of tracheostomy</i>	<i>63</i>
<i>José Luis Braga de Aquino</i>		<i>José Luis Braga de Aquino</i>	
<i>Pedro Agapio de Aquino Neto</i>		<i>Pedro Agapio de Aquino Neto</i>	
4. — Pontos de vista:		4. — Points of view:	
<i>Os terapeutas ocupacionais no Brasil: o itine-</i>		<i>The occupational therapists in Brazil: the itin-</i>	
<i>rário da contradição</i>	<i>66</i>	<i>erary of contradiction</i>	<i>66</i>
<i>Lilian Vieira Magalhães</i>		<i>Lilian Vieira Magalhães</i>	
 <i>A anatomia patológica é importante para a</i>		 <i>Pathologic anatomy is important for medical</i>	
<i>formação do médico</i>	<i>71</i>	<i>formation.</i>	<i>71</i>
<i>Silvio dos Santos Carvalho</i>		<i>Silvio dos Santos Carvalho</i>	

EXPEDIENTE

Revista de Ciências Médicas - PUCAMP
Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia
Universidade Católica de Campinas

Grão Chanceler	Dom Gilberto Pereira Lopes
Magnífico Reitor	Prof. Dr. Eduardo José Pereira Coelho
Vice-Reitor para Assuntos Administrativos	Prof. Gilberto Luiz Moraes Selber
Vice-Reitora para Assuntos Acadêmicos	Prof. ^a Dra. Vera Silvia Marão Beraquet
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas	Prof. Luiz Maria Pinto
Vice-Diretora da Faculdade de Ciências Médicas	Prof. ^a Alice Aparecida de Olim Brícola
Editor	Prof. Dr. João Francisco Marques Neto
Conselho Editorial	Adil Muhib Samara Alice Reis Rosa Antônio de Azevedo Barros Berenice Rosa Francisco Elda Mathilde Hirose Pastore Geraldo Gomes de Freitas Jessé de Paula Neves Jorge José Alfredo dos Reis Neto Ligia Maria Juppo de Souza Rugolo Lineu Correa Fonseca Marcelo Zugaib Moacir de Pádua Vilela Nelson Ari Brandalise Paulo José Ferreira Tucci Saul Goldenberg Silvio dos Santos Carvalhal Vicente Renato Bagnolli

Capa: Alcy Gomes Ribeiro

Normalização: Prof.^a Vera Gallo Yahn

Normalização das referências bibliográficas: Disque-Bíblia, PUCAMP

Diagramação e composição: Lasergraph Editoração Ltda.

Impressão: Kromos Produções Gráficas Ltda.

Tiragem: 1.000 exemplares

Distribuição: SBI - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio da PUCAMP

Revista de Ciências Médicas - PUCAMP
Av. John Boyd Dunlop, s/n^o — Jardim Ipaussurama
13060 - Campinas - SP

AS NORMAS PARA PUBLICAÇÃO ENCONTRAM-SE NO
VOLUME 1, NÚMERO 1, 1992.

É com grande satisfação que a Direção da Faculdade de Ciências Médicas traz a público o segundo número da Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP. Ele é resultado de grandes esforços e conquistas, cabendo-nos salientar o recém-criado Núcleo de Editoração da FCM.

Gostaríamos de ressaltar a necessidade de estimular veículos de informação com as características de nossa revista e a grande receptividade que ela vem tendo nos meios acadêmicos, uma vez que já recebemos muitas contribuições importantes para serem publicadas nos próximos números. Isso nos dá a certeza de que a Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP possui condições para se firmar nos meios científicos e profissionais.

Dentro de nossa linha editorial, o presente número traz contribuições de outras áreas da Saúde, além da Medicina, como Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Ensino Médico.

Este número também se caracteriza pelos artigos de revisão e pontos de vista que abordam questões relevantes em suas áreas específicas.

LUIZ MARIA PINTO

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas - PUCCAMP

Síndromes paraneoplásicas: revisão das manifestações osteomioarticulares

João Francisco Marques Neto*

RESUMO

O autor apresenta uma descrição das principais manifestações osteomioarticulares das neoplasias mais freqüentes, analisadas sob a interpretação do reumatologista. Discute os mecanismos etiopatogênicos mais aceitos nas diferentes condições mórbidas e termina por sistematizar as síndromes paraneoplásicas, relacionando as principais manifestações clínicas com os diferentes tipos de tumores concomitantes.

Unitermos: síndromes paraneoplásicas, osteopatias.

INTRODUÇÃO

Síndrome paraneoplásica (SPN) constitui um conjunto de sinais e sintomas que precedem as diferentes formas de neoplasias ou cursam com elas paralelamente, compondo acometimento variado e sistematizado. Essas manifestações, por vezes dependentes à distância do tumor, acompanham sua evolução podendo até regredir com a exérese da massa neoplásica, ou mesmo com a rádio-ou quimioterapia.

A etiopatogenia das SPN ainda permanece obscura.

Admite-se que secreções elaboradas pelas células tumorais, substâncias de tipo hormonal, possam explicar muitas das manifestações paraneoplásicas^{16,30,25}.

Reações cruzadas entre elementos das células neoplásicas, ou mesmo fatores genéticos ainda não identificados, ligados ao paciente, ou efeitos de drogas antineoplásicas podem atuar nas relações neoplasia-paciente, resultando nas diversas manifestações das SPN^{3, 9, 11, 13, 15, 19}.

As manifestações osteomioarticulares estão freqüentemente presentes no cortejo clínico das SPN, podendo mesmo ser enquadradas no diagnóstico diferencial de várias doenças reumáticas, sejam as inflamatórias crônicas, sejam as metabólicas.

A dor é geralmente o grande sintoma que alerta o paci-

ente. Resulta da liberação de prostaglandinas e outros mediadores químicos pelas células tumorais, ou ainda pela ação integrada de outras condições, como aumento da pressão intramedular, estiramento da membrana periosteal, fraturas patológicas, compressão e traumatismo de estruturas ligamentares e nervosas.

Eventualmente, metástases determinam infartamento ganglionar paravertebral com acometimento mielorradiculár do tipo compressivo, ao nível do forame de conjugação. As cialgias assim decorrentes aparecem mais à esquerda, uma vez que a cadeia linfática esquerda está mais justaposta à coluna vertebral do que a do lado direito. Neste lado a veia cava inferior e a aorta se interpõem entre os linfonodos e as estruturas vertebrais.

A sinovite, às vezes muito precoce, pode anteceder de meses o aparecimento da neoplasia, determinando dor e inflamação em pequenas e grandes articulações, algumas até com derrame articular e rigidez matinal duradoura. Não se conseguiu até agora determinar precisamente os mecanismos de instalação da sinovite.

Os melhores exemplos de sinovite paraneoplásica são a poliartrite carcinomatosa e a osteoartropatia hipertrófica pulmonar. Esta última cursa com artrite das interfalangeanas, hipocratismo digital, dores ósseas decorrentes de neoformação óssea linear (aposição periosteal) paralela à diáfise de ossos longos, principalmente associada ao adenocarcinoma de pulmão. Surgem também alterações

* Professor Titular de Reumatologia da FCM-PUCAMP e Professor Adjunto de Reumatologia da FCM-UNICAMP.

tegumentares em couro cabeludo (*Cutis verticis gyrata*), face e extremidades, com espessamento da pele, conferindo um aspecto edematoso às extremidades acometidas e hiperqueratose¹⁰.

Com a remoção do tumor essas alterações clínicas sofrem consistente reversão.

Já as alterações periostais ocorrem por neoosteogênese subperiosteal, podendo ou não causar dor, sensação de peso e ardência, sobretudo nos ossos longos ou nos pontos de inserção de músculos, ligamentos e membranas interósseas.

O acometimento muscular principalmente verificado nas dermatopolimiosites (DPM) parece estar efetivamente ligado a mecanismos de agressão imunológica comuns à neoplasia e às DPM^{1, 16, 17}. Modelos experimentais, com demonstração de imunoglobulinas e frações do complemento nas paredes dos vasos de músculos comprometidos ou ainda a resposta terapêutica favorável a corticosteróides e a drogas imunossupressoras corroboram a validade de mecanismos imunológicos na patogenia das SPN.

A agressão muscular poderia ser desencadeada por uma infecção uma vez que partículas de estrutura semelhante à de vírus foram encontradas na massa muscular.

O mesmo acontece em relação ao encontro de anticorpos, o que justificaria a miopatia como uma consequência dos mecanismos imunológicos das neoplasias. Outros fatores poderiam se somar, contribuindo para a expressão do acometimento muscular, como a isquemia, fatores de crescimento locais e outras citocinas^{7, 12, 15, 19}.

A ação de fatores de diferenciação de crescimento, de ação local e sistêmica, poderia, como no acometimento pulmonar da esclerose sistêmica, interferir em uma relação de causa e efeito entre o tecido fibrótico no pulmão esclerodérmico e o desenvolvimento de neoplasia, particularmente o carcinoma de células alveolares^{17, 18, 21, 28}.

Particular destaque merece a síndrome miastênica de Eaton-Lambert, miopatia paraneoplásica associada a um defeito de liberação de acetilcolina^{7, 17, 13, 14, 21, 22}, nas placas nervosas terminais de definição essencialmente eletroneuromiográfica, com potenciais de ação muito reduzidos, que aumentam com a repetição dos estímulos. Difere da *Miastenia gravis* por poupar os pares cranianos e não melhorar com prostigmine ou timectomia. Responde ao hidrocloreto de guanidina.

Dentre as alterações metabólicas, as mais afins à reumatologia dizem respeito às relacionadas aos mecanismos de instalação de artrite por microcristais. Apesar disso, não é fácil estabelecer a sua incidência real. Doenças linfóe mieloproliferativas evoluem com hiperuricemia com ou sem manifestações osteomioarticulares. Ressalte-se também que a frequência da gota^{2, 5, 6} é maior nas faixas etárias mais atingidas pelas neoplasias, podendo ambos os processos cursar independentemente ou ainda a infiltração neoplásica simular a lesão por gota^{2, 5, 26, 28, 29, 31}.

O mecanismo mais provável para a instalação da hiperuricemia parece ser hipermetabolismo celular, associado ao catabolismo protéico e sua eliminação. Também a infiltração celular e ou a oferta em demasia de ácido úrico podem resultar em lesão renal.

As células neoplásicas em outras condições podem produzir substâncias com estrutura química semelhante a hormônios, levando a alterações funcionais nas glândulas secretoras e nos órgãos-alvo. Exemplo é a indução de hiperparatireoidismo com hipercalcemia e hipofosforemia, por neoplasias de rins, pulmões, aparelho digestivo, ovário e útero⁴.

Dor óssea difusa, astenia e artralgia incomum, por vezes associadas a retardo do crescimento e microfraturas do trabeculado ósseo, associadas ou não ao diabetes, compõem o cortejo sintomático da osteomalácia. Laboratorialmente podem ocorrer hipocalciúria, calcemia normal ou baixa, aumento da fosfatase alcalina e, principalmente, hipofosforemia e hiperfosfatúria. Os mecanismos de instalação estariam relacionados ao bloqueio da síntese ou da ação da vitamina D, levando à diminuição da reabsorção tubular de fósforo. Pode haver reversão da osteomalácia após a remoção do tumor primário, maligno ou benigno, com a utilização de vitamina D.

Nódulos subcutâneos, paniculites, eritema nodoso, necrose adiposa subcutânea podem-se confundir com a síndrome de Weber-Christian, ou ainda preceder ou se associar a neoplasias linfóe mieloproliferativas ou do pâncreas²⁰.

A distrofia simpática reflexa (algoneurodistrofia) se associa com frequência a diversos tipos de neoplasia, com perspectivas etiopatogênicas maldefinidas.

As doenças inflamatórias crônicas, principalmente as difusas do tecido conjuntivo, podem apresentar sinais e sintomas que caracterizem SPN, ou ainda se associarem a diferentes tipos de neoplasia.

Destas, as mais frequentemente sujeitas a essa associação são as dermatopolimiosites, que até admitem uma classificação, envolvendo a presença de neoplasias, a saber^{13, 27}:

- Polimiosite típica do adulto (tipo I);
- Dermatomiosite típica do adulto (tipo II);
- Poli/Dermatomiosite associada a doença maligna (tipo III);
- Poli/Dermatomiosite na infância (tipo IV);
- Poli/Dermatomiosite associada a outras condições (tipo V).

Outras associações com neoplasia, em menor frequência, contudo, podem-se verificar envolvendo Síndrome de Sjogren, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica, artrite reumatóide e vasculites necrosantes^{23, 24, 27}.

As diferentes formas de vasculite principalmente as leucocitoclásticas compõem com frequência o espectro clínico das SPN, notadamente as da linhagem hematológica. As lesões purpúricas, predominantemente em membros inferiores, apresentam substrato histopatológico caracterizado por infiltrado inflamatório neutrofílico com leucocitoclase nuclear em arteríolas e vênulas^{8, 30}. O mecanismo de instalação mais aceito para explicar esse tipo de lesão se vincula à presença de antígenos tumorais, imunocomplexos circulantes e crioglobulinas, isto é, elementos que podem determinar a lesão vascular.

O tratamento antineoplásico geralmente pode reverter as lesões cutâneas, bem como outras manifestações paraneoplásicas.

Doenças virais concomitantes¹³ e a interação de fatores imunológicos pertinentes às células neoplásicas e às do endotélio vascular ampliam o panorama clínico das SPN. As reações do hospedeiro seriam justificadas pela destruição da parede vascular e deposição de imunocomplexos formados por antígenos tumorais. Ainda podem induzir reação no hospedeiro idêntica à das vasculites por hipersensibilidade, presumivelmente por diminuição da depuração de antígenos pela própria neoplasia, aumentando o grau de antigenicidade. Isto poderia ocorrer através da presença de citopenias, esplenomegalia e infiltração do sistema retículo-endotelial.

A necrose vascular também pode ser explicada pelo fato de determinadas neoplasias originárias de linfócitos B (leucemia de células cabeludas) induzirem à produção anormal de complexos imunes, que se depositariam na parede dos vasos^{8,30}.

SISTEMATIZAÇÃO

Em razão do amplo espectro clínico e laboratorial que compõe a conceituação das SPN, enumeram-se a seguir as condições mórbidas mais freqüentemente ligadas às neoplasias³¹ (observação: na classificação abaixo a abreviatura *ca* designa carcinoma)

Síndromes paraneoplásicas cardiológicas

Endocardite	— Leucemias e carcinomatose;
Endocardiopatia	— Carcinóide de fígado e brônquio;
Carcinóide	embolia neoplásica; coriocarcinoma e adenocarcinoma;
Pericardite	— Carcinoma de pulmão, mama, estômago, tireóide, rim e linfomas.

Síndromes paraneoplásicas endocrinológicas

Hipercortisolismo	— Carcinoma de pulmão, timo, pâncreas;
Suprarrenal	— Testículos, cólon, tireóide;
Hipotireoidismo	— Carcinoma de ovário, pulmão, leucemia linfocítica; adenoma cromóforo da hipófise;
Hipertireoidismo	— Carcinoma de cólon, estômago, próstata, pulmão, timo, leucemias, linfomas, mieloma múltiplo, carcinoma embrionário de testículo, teratoma de ovário, coriocarcinoma; macroglobulinemia de Waldstrom;
Hiperparatireoidismo	— Carcinoma de cólon, estômago, próstata, pulmão, timo, leucemias, linfomas, mieloma múltiplo, carcinoma embrionário de testículos, teratoma de ovário, coriocarcinoma, macroglobulinemia de Waldstrom;

Hiperparatireoidismo — Carcinoma de pulmão e cólon;
Hipopituitarismo — Craniofaringeoma, adenomas, cromóforo e basófilo, hemangioblastoma e metástases de adenoma de mama, pulmão e próstata;

Diabetes insipidus — Metástases de Ca de pulmão e mama, Ca primário de hipófise, adenoma de lobo posterior da hipófise, Ca de testículo e pulmão, coriocarcinoma Hodgkin e adenoma intersticial de Leydig;

Amenorréia — Ca de pulmão, timo, pâncreas, cólon, tireóide, simpaticoblastoma, craniofaringeoma, adenoma, croóforo hipófise, leucemias linfocíticas e mielóide, linfomas, Hodgkin e não-Hodgkin;

Hipersecreção de ADH (Schwartz-Bartter)

Hipersecreção de catecolaminas — Feocromoblastoma, neuroblastoma; simpaticoblastoma, ganglioglioma.

Síndromes paraneoplásicas hematológicas

Anemia hemolítica	— Leucemias e linfomas, mieloma múltiplo, hipernefomas, teratomas, cisto de ovário e fibromas genitais;
Anemia aplástica	— Ca de próstata, mama, mieloma, timoma, leucemia mieloblástica;
Anemia	— Leucemia mieloblástica, Ca de ceco;
Púrpura trombocitopênica idiopática	— Linfomas;
Poliglobulia	— Hipernefomas, feocromocitomas, leiomiomas uterinos, hepatoma, hemangioblastoma, cerebelo neoplasia do córtex/suprarrenal, Ca de pulmão;
Fibrinólise	— Ca de próstata, pulmão, pâncreas;
Coagulação intravascular	— Disseminada Leucemias e carcinomas

Síndromes paraneoplásicas neurológicas

Demência	— Linfomas;
Encefalite bulbar	— Leucemia, linfocitária e mielóide;
Degeneração cerebelar	— Ca de útero, ovário, bexiga, laringe;
Neurite óptica (condições cerebrais)	— Mama, pulmão;

Mielopatia crônica — Ca de pulmão, estômago, mama;

Esclerose lateral amiotrófica — Trato digestivo;

Degeneração do trato longo — Linfomas;
Mielopatia necrótica (condições medulares)

Gangliorradiculoneurites — Linfomas, mieloma múltiplo; Ca de pulmão, esôfago, útero; — Sigmóide e mama;

Dermatopolimiosites — Ca de pulmão, estômago, próstata, reto, cólon, mama, ovário e miastênicas timo
Miastenia gravis (junção neuromuscular e músculos)

Síndromes paraneoplásicas metabólicas

Hipercalcemia — Hipernefomas, adenoca ovário, pulmão, bexiga, epidermóide, mieloma múltiplo, hepatoma, Hodgkin;

Hiperglicemia — Ca de próstata, pâncreas, pulmão, fibrossarcoma, mesotelioma, hepatossarcoma, neurofibroma, insulinoma;

Hiperproteinemia — Mieloma múltiplo;

Amiloidose — Mieloma, hipernefoma, Hodgkin;

Porfíria — Adenoca do trato digestivo, linfomas, argentafinoma, adenoma hepático.

Síndromes paraneoplásicas vasculares

Tromboflebitis — Ca de pulmão, próstata, genital feminino, mama, pâncreas, cólon, bexiga, ânus, estômago, nasofaringe, maxila, vesícula, suprarrenal, linfomas, leucemias e mieloma;

Linfedema — Ca de próstata, colo de útero, vulva, testículo, reto e linfomas.

Síndromes paraneoplásicas reumatológicas

Dermatopolimiosites — Ca de estômago, mama, pulmão, ovário, laringe, reto, cólon, vesícula, tireóide, mieloma e leucemias;

Poliartrite — Leucemias, linfomas, Ca de mama, pulmão, próstata, ovário, estômago, cólon;

Esclerodermia — Ca de pulmão, estômago e reto, carcinóide de delgado, mieloma múltiplo;

Osteoporose — Mieloma múltiplo, metástases, leucemias;

Lombociatalgia — Síndromes, compressivas, metástases mieloma múltiplo;

Osteoartropatia hipertrófica — Ca de pulmão, mesotelioma, Ca de estômago, esôfago.

Síndromes paraneoplásicas dermatológicas

Acantose nigrans — Adenoca de estômago, pulmão, pâncreas, vesícula, intestino, útero, ovário, mama;

Cloasma — Linfomas, melanomas, adenoca de útero, ovário, hipófise, suprarrenal;

Eritrodermia — Linfomas e leucemias;

Eritema polimorfo — Ca anaplástico de pulmão, mama, adenoca de colo de útero;

Eritema facial — Carcinóide;

Herpes zoster — Linfomas, leucemias, sinoviossarcoma; seminomas; carcinoma de mama, útero, ovário e estômago;

Ictiose — Linfomas, micose fungóide; carcinoma de mama;

Prurido — Linfomas, leucemias, carcinomas de estômago e mama;

Poiquilodermia — Linfomas e leucemias;

Neurofibromatose — Schwannomas, meningiomas, gliomas; feocromocitoma, carcinoma de reto.

Pelagra — Adenoca de estômago

Síndrome de Mikulicz — Leucemia linfocítica; linfoma não-Hodgkin.

SUMMARY

Paraneoplastic syndrome: review of the main osteomioarticular conditions

A description of the main osteomioarticular features related to the most frequent neoplastic conditions is related in this review. The author relates the conditions and mechanisms involved in the pathogenesis of the most known paraneoplastic syndromes, and presents a general view of the clinical conditions more often recognized as paraneoplastic features and its association with the several kinds of neoplastic disorders.

Keywords: *paraneoplastic syndromes, bone diseases.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARNES, B. E. Dermatomyositis and malignancy: a review of the literature. *Ann. Int. Med.*, v. 84, p. 68-76, 1976.
2. BAVAN, D. A., EHRlich, G. E., GUBTA, V. P., Metastatic carcinoma simulating gout. *JAMA*, v. 237, n. 25, p. 2746-2747, 1977.
3. BEVILACQUA, F., BENSOUSSAN, E., SILVA, J. M. J., SPÍNDOLA, F., MARIANI, L. C., GOLDFELD, O. Síndromes paraneoplásicas. *Tribuna Méd.*, p. 74-78, abril 1969.
4. BONTOUX, D., ALCALAR, M., REBOUX, J. F., HERPIN, D., BERNAT, M. Pseudo hyperparathyroidisme au cours d'un carcinoma epidermoide de l'esophage. *Rev. Rhum.*, v. 44, n. 6, p. 425-430, 1977.
5. CAPAPLAIN-DANDINE, F., KAHN, M. F., DE SEZE, S. L'uricemie dans le myélome. *Rev. Rhum.*, v. 44, n. 1, p. 1-4, 1977.
6. CASTLEMAN, B., MILLS, J. A. Weekly clinicopathological exercises. *N. Engl. J. Med.*, v. 293, p. 311-319, 1973.
7. EATTON, L. M., LAMBERT, E. H. Electromyography and electric stimulation of nerves in diseases of motor unit: observations in myasthenic syndrome associated with malignant tumor. *JAMA*, v. 163, p. 1117, 1953.
8. FERNANDO, S. R. M., MORETRA, N. N. C., MARQUES NETO, J. F., AMSTALDEN, E. M. I., LEITÃO, S. M., SAMARA, A. M. Vasculite leucocitoclástica associada a mieloma múltiplo. *Rev. bras. Reum.*, v. 31, n. 3, p. 103, 1991.
9. GODEAU, P., GUILEVIN, L., HERREMAN, G., WECSCHLER, B., BLETRY, O. Périatélite nouse et syndromes paraneoplasiques ischémiques. *Nouv. Presse Med.*, v. 8, n. 29, p. 2419, 1979.
10. HOWELL, D. S. Hypertrophic osteoarthropathy. In: MCCARTY, D. J. *Arthritis and allied conditions*. 9. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1980. p. 642.
11. LAUTER, S. A., VASEY, F. B., HUTTNER, I., OSTEARLAND, C.K. Pachydermoperiostosis, studies on the synovium. *J. Rheumatology*, v. 5, p. 85-89, 1978.
12. LEJEUNE, E., BOUVIER, M., MEUNIER, P., VAUZELLE, J. L., DEPLANTE, L., DAVID, L., LLORCA, G., ANDRÉ-FAOUE, E. L'steomalacie des tumeurs mésoenchymateuses: a propos d'une nouvelle observation. *Rev. Rhum.*, v. 46, n. 3, p. 187-193, 1979.
13. MACKENZIE, A. H., SCHERBEL, A. L. Connective tissur syndromes associated with carcinoma. *Geriatric*, v. 18, p. 745-752, 1963.
14. MCQUILEN, N. P., JOHNS, R. J. The nature of the defect in the Eaton-Lambert Syndrome. *Neurology*, v. 17, p. 527, 1967.
15. MARQUES NETO, J. F., PROVENZA, J. R., SAMARA, A. M. Esclerose sistêmica associada a neoplasias. *Rev. bras. Reum.*, v. 21, n. 3, p. 97, 1981.
16. MORRISON, W. B. Paraneoplastic syndromes of the dog. *Am. Vet. Med. Assoc.*, v. 175, n. 6, p. 559-561, 1979.
17. PEARSON, C. M. Polimiositits and dermatomyositis. In: MCCARTY, D. J., *Arthritis and allied conditions*. 9. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1979.
18. PINHEIRO, G. C. Osteoartropatia hipertrófica. Rio de Janeiro, 1970. p. 14. Tese (livre-docência) — UFRJ.
19. PIROFSKY, B. Immunologic aspects of malignancy. *Am. J. obstet. gynecol.*, v. 131, n. 2, p. 180-185, 1978.
20. ROCHA, G. L. *Dermatoses paraneoplásicas*. [S.L.]: Merck, 1972. p. 18.
21. ROQUES, C. F., DELSOL, G., FAMILIADES, J., POUJOLET, N., KUHLIN, E., FOURNIÉ, A., RUFFIÉ, R. Polyarthrite rhumatoide et lymphome malin: a propos d'une observaton. *Rev. Rhum.*, v. 44, n. 1, p. 53-57, 1977.
22. ROWLAND, L. P. Diseases of muscle and neumuscular junction. In: BEESAN-McDERMOTT. *Text book of medicine*. 14. ed. Philadelphia: Saunders, 1979. p. 83.
23. SÁ, C.A.M. Semiologia do câncer. In: HOULI, J. (Ed.) *Semiologia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978. p. 601.
24. SILVA, A. S., XIMENES, A. C. Síndromes paraneoplásicas em reumatologia. In: MARQUES NETO, J. F., SAMARA, A.M. *Temas de atualização em reumatologia*. [S.L.]. Fundo Editorial da SPR, 1981. p. 14.
25. SOLNICA, J. Manifestations articulaires des tumeurs carcinoïdes du tube digestif. *Rev. Rhum.*, v. 43, n. 10, p. 591-594, 1976.
26. TATAL, N.; BUNIM, J. The development of malignant lymphoma in the course of Sjogren's. *Am. J. Med.*, v. 36, p. 529-540, 1964.
27. TALBOTT, J. H. Acute dermatomyositis - polimiosites and malignancy. *Sem. arth. Rheum.*, v. 4, p. 305-360, 1977.
28. TALBOTT, J. H., BARROCAS, M. Carcinoma of the lung in the progressive systemic sclerosis: a tabular review of the literature and detailed report of the Boentgenographic changes in two cases. *Sem. arth. Rheum.*, v. 9, n. 3, p. 191-271, 1980.
29. TALBOTT, J. H.; YU, T. F. *Gout and uric acid metabolism*. New York: Stratton Intercontinental Medical Book, 1976. p. 319.
30. TARANTINO, A. B., SILVEIRA, I. C., BLUNDI, E. Síndromes paraneoplásicas. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 38, n. 5, p. 43-54, 1980.
31. YU, T. F. Secondary gout associated with cronic myeloproliferative disorders. *Semin. Arth. Rheum.*, v. 5, p. 247-256, 1976.

Urgência e emergência na hipertensão arterial

Armando Miguel Júnior*
Carlos Armando Reverberi**

RESUMO

Os autores fazem breve revisão e atualização sobre as formas clínicas mais graves da hipertensão arterial. Chamam a atenção para a diferenciação entre encefalopatia por hipertensão e infarto cerebral, para melhor conduzir o tratamento. Particularizam dois outros quadros clínicos especiais, quais sejam: a eclâmpsia e a crise hipertensiva causada pela interação tiramina e inibidores da monoaminoxidase (MAO), finalizando a atualização com os esquemas propostos para o tratamento das emergências e das urgências na hipertensão arterial.

Unitermos: hipertensão, emergência, tiramina.

INTRODUÇÃO

Os níveis pressóricos médios compatíveis com a vida oscilam entre 50 e 180 mHg. Uma elevação de pressão implica em sobrecarga aos vasos sanguíneos e ao coração, devendo portanto ser pronta e corretamente corrigida, sobretudo nos pacientes onde existe a associação com outras patologias^{10,12}.

A crise hipertensiva é uma das formas de apresentação da hipertensão arterial sistêmica, em muitos casos, a primeira. Sua caracterização se dá pela súbita elevação dos níveis pressóricos interferindo com as funções dos órgãos vitais^{1,6,8,15}.

A crise hipertensiva pode ocorrer em pessoas previamente normais que subitamente desenvolvem picos pressóricos não muito elevados, porém capazes de provocar sintomas num organismo "inadaptado" à elevação da pressão arterial, como nos casos de eclâmpsia e de glomerulonefrite difusa aguda. A crise hipertensiva pode ser extremamente grave, onde a atuação médica tem que ser rápida e enérgica, *emergência hipertensiva*. Outras vezes, a crise não é tão

grave, os riscos de vida não são iminentes, portanto consideramos como *urgência hipertensiva*^{1,10,22}.

Os pacientes podem evoluir de forma imperceptível, e apresentar picos de hipertensão sem, contudo, ocorrer interferência nas funções dos órgãos vitais, não sendo portanto caracterizada a crise hipertensiva^{12,8,24}. Neste caso a correção do nível pressórico deverá ser feita de forma lenta e gradual, pois os prejuízos de uma súbita hipotensão são maiores que os do pico pressórico que trouxe o paciente ao médico²⁰. As causas mais frequentes de aparecimento destes picos pressóricos são: abandono do tratamento, reação adversa do medicamento hipotensor, crise emocional ou manifestação da patologia de base.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA CRISE HIPERTENSIVA

A crise hipertensiva pode se apresentar de inúmeras formas com as relacionadas abaixo:

EMERGÊNCIAS

1. Sangramentos graves;
2. Encefalopatia;
3. Dissecção da aorta;
4. Hemorragia cerebral;

* Doutor em Clínica Médica pela UNICAMP; Professor Titular da Disciplina de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da FCM — PUCAMP.

** Professor Responsável pelo setor de Emergências do HMCP; Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica da FCM — PUCAMP.

5. Interação da tiramina com inibidores da monoaminoxidase (MAO);
6. Insuficiência ventricular esquerda (edema agudo de pulmão);
7. Crise do feocromocitoma;
8. Eclâmpsia.

URGÊNCIAS

1. Surto de malignização da pressão arterial;
2. Hipertensão arterial nos transplantados renais;
3. Hipertensão arterial nos coronariopatas;
4. Hipertensão arterial nos pós-operatórios (Ex. coarctação da aorta).

Entre as formas de apresentação da crise hipertensiva a encefalopatia por hipertensão mostra-se como um quadro clínico alarmante, dando a impressão ao médico assistente de um quadro muito grave, porém, apesar de ter sinais e sintomas preocupantes, é uma entidade relativamente benigna regredindo, prontamente, com o tratamento adequado.

O organismo promove uma homeostasia protetora do parênquima cerebral, resultando um fluxo sanguíneo cerebral constante. Na hipotensão arterial as artérias cerebrais se dilatam, e na hipertensão arterial acontece o inverso. Nos normotensos o processo de auto-regulação é observado quando a pressão arterial média fica entre 80 e 120 mmHg e nos pacientes hipertensos entre 110 e 180 mmHg, o que explica adaptação cerebral à encefalopatia nos hipertensos^{14,20,23}.

Clinicamente a encefalopatia por hipertensão se apresenta com cefaléia intensa e generalizada, vômito em jato, distúrbios visuais, escotomas cintilantes e graus variados do estado de consciência, como confusão mental, embotamento, convulsões e coma. O papila-edema é uma constante, acompanhado de exsudatos e hemorragias retinianas que regredem com o controle do quadro. Devemos fazer o diagnóstico diferencial com o infarto cerebral, que clinicamente se apresenta de forma diferente, como mostra a relação abaixo²:

DADOS CLÍNICOS DIFERENCIAIS ENTRE A ENCEFALOPATIA POR HIPERTENSÃO E O INFARTO CEREBRAL

ENCEFALOPATIA POR HIPERTENSÃO	INFARTO CEREBRAL
1. Cefaléia intensa e generalizada	1. Cefaléia geralmente ausente
2. Vômitos freqüentes	2. Curso rápido (minutos)
3. Distúrbios visuais	3. Desatenção
4. Embotamento cerebral	4. Letargia
5. Escotomas cintilantes	5. Sinais físicos de lesões
6. Confusão mental	6. Evolução gradual
7. Convulsões	7. Coma (lesões extensas)
8. Coma	

Duas emergências hipertensivas merecem destaque sobretudo pelos aspectos particulares, a causada pela interação da tiramina com os medicamentos inibidores da monoami-

noxidase, usados no tratamento de estados depressivos, e a eclâmpsia.

Alimentos contendo tiramina ou medicamentos antigripais podem provocar emergências hipertensivas quando usados simultaneamente com medicamentos inibidores da monoaminoxidase. O motivo seria a não degradação oxidativa da tirosina, que é um produto intermediário do metabolismo da efedrina e anfetamina que, deste modo, retornaria à circulação sistêmica potencializando os efeitos das catecolaminas.

O quadro clínico ocorre de forma abrupta, 2 horas após o uso dos produtos. O tratamento é feito com a suspensão dos agentes causadores e por vezes o uso de uma ampola de fentolamina de 5mg intravenosa, sob a forma de "bolo".

A eclâmpsia ocorre em gestantes, no final do terceiro trimestre de gestação e se caracteriza pela presença de hipertensão arterial, edema, proteinúria e convulsões⁴. Nela ocorre um desequilíbrio entre a massa e o fluxo sanguíneo placentário, levando à hipoperfusão útero-placentária, degeneração trofoblástica, liberação de tromboplastina e depósito de fibrina nos glomérulos (proteinúria), redução do fluxo glomerular, aumento da reabsorção de sódio e, conseqüentemente, edema. Inúmeros e ainda desconhecidos fatores intervêm na eclâmpsia, como a secreção de renina pelo útero hipoperfundido, aumento da angiotensina na circulação placentária e liberação de prostaglandinas vasodilatadoras, como a prostaciclina⁵.

As manifestações neurológicas são semelhantes às da encefalopatia por hipertensão, e o tratamento é feito com hipotensores como a hidralazina e os bloqueadores do canal lento de cálcio. Como coadjuvante no tratamento utiliza-se o sulfato de magnésio sob a forma de um "bolo" intravenoso inicial de 4 gramas, mantendo-se continuamente 0,5 a 1 grama por hora, diluído em soro fisiológico, até o máximo de 10 gramas nas 24 horas. O sulfato de magnésio é utilizado com a finalidade de diminuir a excitabilidade neuromuscular¹¹.

O trimetafam é contra-indicado, pois atravessa a barreira placentária e provoca ileomeconial, e o diazóxido inibe o trabalho de parto.

PROCEDIMENTOS NA CRISE HIPERTENSIVA

O paciente que chega ao pronto-socorro com pressão arterial elevada deve ter avaliação clínica pormenorizada, feita imediatamente, antes mesmo de se instituir uma medicação hipotensora, pois a ação intempestiva pode ser mais deletéria que benéfica²⁰.

Uma vez diagnosticada a crise hipertensiva, onde a súbita elevação dos níveis pressóricos interfere com as funções dos órgãos vitais, este paciente deve ser imediatamente internado em unidade de terapia intensiva, ao passo que nos portadores de picos hipertensivos o controle pode ser feito no local do pronto-socorro.

Os pacientes encaminhados à unidade de terapia intensiva devem ser reavaliados de forma objetiva, pelo médico intensivista, sendo imediatamente instituída a monitoriza-

ção dos dados vitais como a pressão arterial, o ritmo cardíaco, pelo monitor eletrocardiográfico, e a diurese.

Rotineiramente, colhe-se o material para exames de hematimetria, creatinina, sódio, potássio, glicemia, gasometria e de urina tipo I. Logo que possível faz-se um eletrocardiograma e uma telerradiografia de tórax.

Outros exames específicos devem ser feitos de acordo com a patologia suspeitada, como por exemplo, ultrassonografia abdominal para estudo dos rins e ecocardiograma.

Uma vez caracterizada a crise hipertensiva em uma de suas formas institui-se a terapia de ataque, coadjuvante com a terapia de suporte^{9,16,17,18,19,21}.

FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA CRISE HIPERTENSIVA

Existem numerosos fármacos para o tratamento da hipertensão arterial^{8,10,18}. A relação abaixo apresenta os indicados para os vários tipos de manifestação da crise hipertensiva.

MEDICAMENTOS NA CRISE HIPERTENSIVA

FORMAS DE APRESENTAÇÃO	MEDICAMENTO DE ESCOLHA	MEDICAMENTO ALTERNATIVO	MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO
Sangramentos	Nitroprussiato de sódio Nifedipina Betabloqueador	Hidralazina Diazóxido	Nifedipina Betabloqueador Captopril
Encefalopatia	Nitroprussiato de sódio Labetalol Diazóxido	Trimetafam Hidralazina	Nifedipina Betabloqueador Captopril
Dissecção da aorta	Trimetafam Nitroprussiato de sódio Betabloqueador	Labetalol	Labetalol Alfabloqueador Betabloqueador
Insuficiência ventricular esquerda	Furosemide Nitroprussiato de sódio Nitroglicerina Hidralazina	Trimetafam Diazóxido	Captopril Hidralazina
Feocromocitoma	Verapamil Hidralazina Fentolamina	Nitroprussiato de sódio	Verapamil Hidralazina Alfabloqueador
Eclâmpsia	Verapamil Hidralazina Sulfato de magnésio	Nitroprussiato de sódio	Furosemide Verapamil Nifedipina
Coronariopatia	Nitroglicerina Labetalol	Trimetafam	Nitroglicerina Betabloqueador
Pós-operatório Coarctação da aorta	Diazóxido Hidralazina		Hidralazina Furosemide

O *nitroprussiato de sódio* é o fármaco de eleição para o tratamento das emergências hipertensivas, e deve ser

administrado endovenosamente em 500 ml de soro glicosado a 5%, na dosagem de 5µg a 500µg por minuto.

A resposta ao fármaco é individual, devendo-se controlar rigorosamente os níveis pressóricos durante a infusão. A droga é fotossensível, assim, protege-se o frasco e o equipo dos raios luminosos e substitui-se a solução a cada 4 horas.

Os pacientes portadores de insuficiência renal não devem usar o nitroprussiato de sódio por mais de dez dias, pois este produto se acumula no organismo levando à intoxicação pelo tiocianeto.

Os sinais clínicos da intoxicação pelo tiocianeto são: coma, ausência de pulso e de reflexos medulares, midríase intensa, pele rosada, bulhas cardíacas abafadas, respiração superficial.

O tratamento preconizado para os casos de intoxicação é a interrupção da administração do medicamento, a administração de solução intravenosa de nitrato de sódio 3%, 2,5 a 5,0 ml/min, até a dosagem máxima de 15 ml; a administração de tiosulfato de sódio 12,5 gramas diluído em 50 ml de soro glicosado 5%, em 10 minutos, intravenosamente, ou a administração intravenosa de hidroxocobalamina 25 mg/hora. A vigilância precisa ser rigorosa pois os sintomas podem voltar, obrigando a reintrodução do esquema terapêutico⁷.

A *furosemide* é o diurético indicado nos casos em que existem sinais evidentes da necessidade de redução de água e sódio. Inicia-se o tratamento com 40 mg em infusão intravenosa lenta (2 a 3 minutos), reavalia-se a diurese do paciente em 30 minutos e caso não haja resposta satisfatória deve-se dobrar a dose, podendo a mesma ser repetida a cada hora. Nos pacientes portadores de insuficiência renal não responsiva ao furosemide indicam-se os métodos dialíticos⁹.

A infusão rápida de furosemide pode levar à ototoxicidade e sua utilização continuada promove a exsoliação dos eletrólitos sódio, potássio e magnésio, causando graves disritmias cardíacas.

A *nifedipina* é o bloqueador dos canais lentos do cálcio que mais se presta para o tratamento da crise hipertensiva ao nível de pronto-socorro, pois sua forma de apresentação, cápsulas gelatinosas de 10 mg, permite a utilização sublingual com satisfatória redução dos níveis pressóricos em 30 minutos após a administração¹⁷. Restringe-se esta forma de utilização em pacientes anginosos, pois a redução do fluxo coronário pode levar ao infarto do miocárdio¹³.

O *captopril* tem excelentes efeitos nas crises hipertensivas dos pacientes cujos níveis de renina plasmática encontram-se elevados. Sua administração inicial é 25 mg via oral, obtendo-se resultado num intervalo de 30 minutos³. A associação com furosemide tem-se mostrado benéfica.

O *diazóxido* é um potente vasodilatador cujo efeito é imediato e perdura por 32 a 62 horas. A forma de administração é endovenosa na dose de 7,5 mg/kg. A infusão deverá ser de 7,5 mg/minuto até o controle pressórico, caso a resposta não seja satisfatória deve-se administrar 10% da dose total calculada a cada 6 horas¹⁰.

Os efeitos colaterais principais são a taquicardia e o aumento do débito cardíaco, motivos pelos quais está contra-indicado nos pacientes portadores de aneurisma dissecante⁸.

Hoje postula-se o emprego do diazóxido nos pronto-socorros, pois como a sua vida média plasmática é longa, o paciente pode recebê-lo no PS e continuar o tratamento em seu domicílio com outros fármacos, sem o risco de ficar hipertenso por falta de hipotensor.

SUMMARY

Hypertensive urgencies and emergencies

The authors make a review and up date of clinical features and treatment of the hypertensive urgencies and emergencies, specially in eclampsia and tiramine interaction.

Keywords: *Hypertension, emergencies, tyramine*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERTEL, O., MARX, B.E. Hypertensive emergencies. *Nephron*, v. 47, p. 51-56, 1987.
2. BONITA, R. Cigarette smoking, hypertension, and the risk of subarachnoid hemorrhage: a population- based, case control study. *Stroke*, v. 17, p. 831, 1986.
3. COHN, J. N., ARCHIBALD, D.G. et al. Effects of vasodilator therapy on mortality in chronic congestive heart failure: results of a veterans administration cooperative study. *N. Engl. J. Med.*, v. 314, p. 1547, 1986.
4. CHESLEY, L.C. *Hypertensive disorders pregnancy*. New York: Appleton Century Crofts, 1978.
5. DELASCIO, D., EL-KADRE, D. *Hipertensão na gravidez*. São Paulo: Sarvier, 1983.
6. FERGUSON, R. K., VLASSES P.H. Hypertensive emergencies and urgencies. *JAMA*, v. 255, p. 1607-1613, 1986.
7. FRISEMAN, W.H. Temas especiais em farmacoterapia cardiovascular. *Clínicas Cardiológicas da América do Norte*, v. 4, 1987.
8. FUCHS, F. D., LUBIANCA NETO, J.F., NEVES, J.M. Urgências e emergências hipertensivas. *Arg. Bras. Cardiol.*, v. 56, n. 3, p. 243-246, 1991.
9. GARCIA, J.V., VIDT, D.G. Current management of hypertensive emergencies. *Drug*, n. 34, p. 263-278, 1987.
10. HOUSTON, M.C. Pathophysiology, clinical aspects, and treatment of hypertensive crises. *Progr. Cardiovas. Dis.*, v. 32, p. 99-148, 1989.
11. PRITCHARD, J.A. Management of preeclampsia and eclampsia. *Kidney Int.*, v. 18, p. 259, 1980.
12. MESSERLI, F.H., VENTURA, H.O. The role of calcium antagonists in hypertension. *Drug Therapy*, nov., p. 39, 1982.
14. MESSERLI, F.H., SUDGAARD-RIISE, K., VENTURA, H.O., DUNN, F.G., FROHLICH, E.D. Cardiovascular adaptation in elderly patients. *J. Am. Coll. Cardiol.*, v. 3, p. 518, 1984.
15. MORISKY, D.E., LEVINE, D.M.; GREEN, J.W. et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am. J. Public. Health*, v. 73, p. 153, 1983.
16. MOSER, M., LUNN, J. Comparative effects of pindolol and hydrochlorothiazide in black hypertensive patients. *Angiology*, v. 32, p. 561, 1981.
17. NAYLER, E.G., HOROWITZ, J.D. Calcium antagonist: a new class of drugs. *Pharmacol. Ther.*, v. 20, p. 203, 1983.
18. NICKERSON, M., RUEDY, F. Agentes antihipertensivos e o tratamento medicamentoso da hipertensão. In: GOODMAN, L. S., GILMAN, A. (Ed.). *As bases farmacológicas da terapêutica*. New York: Macmillan, 1975, p. 630.
19. RAHN, K.H. How should we treat a hypertensive emergency? *Am. J. Cardiol.*, n. 63, p. 48-50, 1989.
20. ROSENFELD, W. E., LIPPMANN, S.M., LEUIN, I.M., SCHENIBERG, P. Hypotension: a cause for ischemic CVA. *Neurology*, v. 33 (supl.2), p. 146, 1983.
21. SHAH, S., KHATRI, I.M. FREIS, E.D. Mechanisms of antihypertensive effects of thiazide diuretics. *Am. Heart J.*, v. 95, p. 611, 1978.
22. THOMPSON, W.L. Hypertensive urgencies and emergencies. In: SHOCMAKER, W. (Ed.) *Text book of critical care*. Philadelphia: Saunders, 1989. p. 391.
23. TOOLE, J.F., PATEL, A.N. Cerebrovascular disorders. *Brain*, v. 110, p. 1045, 1987.
24. WIDIMSKY, J., FEJFAROVA, M.D., FEJFAR, Z. Changes in cardiac output in hypertensive disease. *Cardiology*, v. 31, p. 381, 1957.

Aspectos histórico-teóricos das relações saúde-sociedade

Elizabeth de Leone Monteiro Smeke*

RESUMO

*Dentro do campo de conhecimento que articula os termos SAÚDE e SOCIEDADE, atualmente concentrado na área de Saúde Coletiva, levanta-se neste trabalho o problema da construção dos saberes/ciência utilizados para a realização das práticas/artes da cura. O trabalho tem por objetivo compreender a emergência dos valores das relações entre a medicina *lato sensu* (ciência e arte) e a sociedade (espaço de reprodução e transformação da vida societária), presentes nas condições sócio-históricas da produção desse conhecimento científico. O estudo foi realizado através de análise bibliográfica voltada à história e à evolução do saber e da prática médicos, por um lado; do desenvolvimento societário, por outro, bem como de bibliografia, que já procura entender a articulação entre ambos. Dessa forma, discute-se a não neutralidade desse saber e dessas práticas frente à organização da sociedade, na busca de uma cumplicidade ético-política.*

Unitermos: história da medicina, sociologia médica, saúde pública.

INTRODUÇÃO

Primeiramente, vale salientar que o termo “medicina” será aqui utilizado no seu sentido mais amplo: como todo e qualquer conjunto de práticas, relações e técnicas, cuja preocupação manifesta é a diminuição do sofrimento de pessoas. Como consequência, “medicina” ou “práticas médicas”, quando mencionadas neste trabalho, não estarão fazendo referência a categorias profissionais específicas (especialidades médicas), mas a qualquer das áreas que se ocupe com a problemática do “sofrimento” de pessoas.

Assim, uma questão que muitas vezes assalta o nosso cotidiano: “O que tem a ver a atuação profissional com os percalços da estrutura social?” pode ser inicialmente enfrentada com uma outra: A atenção à doença, ou seja, a medicina enquanto ciência e arte da cura, como uma atividade que se realiza através da aplicação de um saber/ciência, da forma como a aprendemos, é única, a despeito do tempo, da história e da sociedade? E os saberes que a fundamentam?

O esforço para a compreensão/ciência destas questões, no sentido de sustentar proposições/práticas que estejam decisiva-

vamente comprometidas com o resgate da saúde, enquanto componente inextricável da felicidade e da dignidade do HOMEM-ser social, é um objeto privilegiado para a Saúde Coletiva.

Sendo esta uma área de reflexão/ação ocupada com as questões que permeiam as relações entre a Saúde e a Sociedade, coloca em confronto imediato duas áreas temáticas muitas vezes imiscíveis: de um lado, a Saúde e, de outro, o Social. Tais áreas têm se apresentado no interior de campos diferenciados e analisados a partir de enfoques estruturalmente diversos.

A saúde apresenta-se mais comumente num estatuto negativo, ou seja, a partir da ausência da doença, que em geral vem referida ao campo biológico de análise, tradicionalmente positiva e reduzida ao âmbito nuclear do indivíduo⁹.

A outra área, a dos movimentos no interior da sociedade, diretamente percebida como parte do campo do Social, traz em si um conceito desde logo dinâmico. Suas perspectivas de análise abrem-se aos diversos referenciais dos quais se utilizam tradicionalmente as Ciências Sociais. Referenciais expostos como neutros ou manifestamente comprometidos em relação ao poder, eles atualmente têm necessitado de

* Professora Titular do Departamento de Medicina Social e Preventiva da FCM — PUCAMP.

teorias bastante elaboradas para dar conta da grande complexidade do seu objeto. Para tanto, têm-se utilizado de linhas estruturalistas, dialético-materialistas e fenomenológicas mescladas ou não entre si ou junto aos enfoques tradicionais¹³. Aliás, Florestan Fernandes, em 1947, já sugeria que tais linhas se complementem de acordo com critérios e objetivos aos quais se proponham na tarefa de compreender o Social¹¹.

Por outro lado, o apelo a uma abordagem não dos pólos Saúde ou Movimento Social, mas da relação entre eles, coloca a questão desse campo relativamente novo de conhecimento que enucleia a Saúde Coletiva e vem se abrindo na América Latina muito recentemente, sobretudo a partir dos anos sessentas^{1,2}.

Embora não tenha seus pressupostos epistemológicos e metodológicos de análise definidos¹, tem-se constatado que a nova área vem sendo gerada num ambiente em que os novos enfoques teóricos mais complexos e abrangentes já vêm sendo utilizados²⁸.

Na tentativa de apontar uma maneira pela qual possa ser captada uma área e outra, nas relações que assumem, este trabalho procura compreender a emergência dos valores de tal relação, presentes nas condições sócio-históricas da produção desse conhecimento, como propõe APEZE-CHEA¹, no sentido de apontar onde se engendra o saber do qual se ocupa Saúde Coletiva.

O SABER, A MEDICINA E A SOCIEDADE NA PRODUÇÃO INDUSTRIAL

Neste século, o apelo a um envolvimento pouco definido, mas fortemente presente do Social na Saúde, é considerado como parte dos acontecimentos do anos trintas. É com a crise do capitalismo internacional, em que se instaura o Estado interventor na economia, que as propostas de reestruturação do cuidado à saúde vão impor-se sobre as práticas tradicionais de higiene e saúde pública².

Entretanto, de acordo com ROSEN²⁴, analisando a história das relações Saúde/Sociedade no campo de produção de conhecimento, desde o século XVII, verifica que a prática de investigação sistemática dessa questão inicia-se pouco antes do processo de industrialização. Embora já existissem citações importantes das relações entre a saúde e a condição social, será a partir da fase mercantilista da produção que tal questão passará a ser objeto de pesquisas e formulações intensivas, constantes e estruturadas.

A partir de então, o desenvolvimento cada vez maior das forças produtivas leva à formação de massas humanas trabalhando de forma concentrada, para melhor dar conta da produção, exercendo pressão para sobreviver e reproduzir-se²³. O cenário apresentava, de um lado, as pestes e epidemias dizimando milhares de pessoas e, de outro, os sistemas de governo absolutistas que exigiam, por força do momento que caracterizava as relações econômicas e sociais, o aumento da riqueza e do poder nacionais²⁴.

Neste contexto surgiram, de forma centralizada, as propostas de Polícia Médica na Alemanha e a introdução da

noção de uma Política Nacional de Saúde, sobretudo na Inglaterra do século XVIII²².

Com a revolução industrial apareceram os primeiros conceitos de Medicina Social (1849-1850) com Virchow, na Alemanha, e Guérin, na França. Estes autores lançaram as bases para a compreensão das relações, que estavam sendo percebidas e manifestadas, enquanto um conhecimento específico articulava o cuidado e as condições de saúde com a estrutura social⁸.

*“Ele (Virchow) diferenciava as epidemias em naturais e artificiais, baseando esta distinção no grau em que os fatores interpunham-se entre a natureza e o homem”*²⁴

E Guérin defendia a participação do conhecimento e dos profissionais médicos na resolução dos problemas sociais e políticos.

São conceituações e propostas que nasceram junto às pressões exercidas pelos trabalhadores submetidos às condições do trabalho industrial recém-instituído, quando se expandiam também as idéias socialistas.

Entretanto, no plano concreto da realidade financeiro-produtiva, o desenvolvimento do processo de acumulação revigorou-se através do mecanismo de exploração e espoliação das colônias de além-mar, oferecendo base material para o refluxo das propostas político-socialistas na Europa até o final do século XIX³.

A MEDICINA NA CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE PRODUÇÃO INDUSTRIAL

No plano político e ideológico e não só coercitivo, interessava às forças sociais dirigentes a divulgação de um discurso político que não só redimensionasse as premissas que davam impulso às lutas proletárias, colocando em xeque a sua validade (discurso social-democrata), como também reorientasse aquilo que vinha sendo discutido na área da medicina. O novo discurso eliminava o conteúdo social e político na determinação do processo saúde-doença, expresso na relação entre o modo de andar a vida das diferentes categorias sociais e o sofrimento do corpo⁶. Isso implicou no esforço em eleger um aspecto etiológico da doença, o micróbio, que, embora apontado desde o início do século XIX, teve sua coroação como “o” grande responsável pela enfermidade após as descobertas de Pasteur e Koch (1880-1900)^{12, 15}.

No entanto, antes disso, Snow, desde 1820, já vinha apontando a existência do agente patogênico, por ele chamado veneno específico, identificado a partir do método epidemiológico, antes mesmo da descoberta dos microorganismos patogênicos. Dizia Snow que:

*“... a causa específica (...) se desenvolve ou se multiplica no interior do organismo do paciente (...) por um período de incubação entre a visita a uma localidade insalubre e o aparecimento da doença (...) assim que os agentes venenosos ou nocivos tenham sido absorvidos em quantidade suficiente”*²⁹.

Observa-se que a consagração do micróbio como o agente patogênico único é um fenômeno que tem lugar num momento de institucionalização, reorganização e padroniza-

ção do conteúdo do saber da medicina laicizada quando se inaugura a era bacteriológica, numa coincidência não casual, como já ressaltaram vários autores^{12, 21, 23}.

Dessa forma, se Virchow considera as epidemias, salientando-as enquanto um produto artificial promovido pelo processo de industrialização/ concentração de mão-de-obra/ pobreza/ alienação dos meios de produção, fazendo referência direta ao modo de produção econômico, numa concepção do binômio saúde-doença como elementos de um processo de etiologia bem mais ampla^{18, 27}; as descobertas de Pasteur e Koch fazem aparecer, a um só tempo, o micróbio e a vacina, dando substrato às concepções monocausais que reinarão quase absolutas por um período que se estende até hoje. Verifica-se que na época, também repercutem mal, não sendo aceitas no nível da comunidade científica, nem as reflexões de Freud, que iniciava o estudo da psicanálise (em 1893 já havia sido publicado o “Mecanismo Psíquico do Fenômeno Histérico”) tampouco as formulações da homeopatia de Hahnemann, por volta de 1840.

É lícito supor que a oportunidade das descobertas microbianas à forma como se desenvolviam as relações sociais, relegaram ao silêncio, por muito tempo, as investigações para o conhecimento das relações entre a Saúde e a Sociedade, que somente viriam a questionar a exclusividade e primazia das explicações monocausais a partir da nova crise econômica internacional, no final da década de 20 deste século. Até então, tudo o mais nem era considerado Ciência².

A eficiência ideológica desse processo que consolida a visão da saúde remetida ao conceito higiênico da assepsia, da ausência da doença à qual é dado esse enfoque positivo, individual e uniaxial, acabou, portanto, sendo, na interpretação dos vários estudiosos, o método por excelência, pelo qual a medicina pode servir a um projeto de dominação necessária ao aprofundamento das relações sociais regidas pela acumulação^{4, 12}. É justamente através dessa concepção reduzida da doença que será sustentado o imaginário social que credita a este saber e prática uma tarefa política: a supressão da enfermidade na sociedade²³.

A realização da tarefa política de medicalizar a sociedade dá resposta ideológica aos conflitos existentes ao nível da divisão social, cujas conseqüências explodem com maior vigor junto aos segmentos subalternos que desta forma passam a ter suas situações de vida interpretadas a partir da fragilidade individual das pessoas que compõem esses setores. Não vencem na vida porque são doentes e, assim, tornam-se incapazes e carentes, portanto, pobres e incompetentes⁸. Doença e fraqueza são vistas como enviadas por Deus, em que Ele e o remédio são a promessa de resolução. FOUCAULT¹² aponta, nesse sentido, que a anatomia patológica baseada numa integração clínica cuja resolução será dada, em última análise, na necropsia, na observação do corpo morto, tem sido o método e a perspectiva teórica pela qual a medicina tornou-se científica na era industrial. CHAUI⁷ aponta que essa racionalidade do corpo morto, do

objeto “completamente determinável” que sintetiza a objetividade assim percebida, constitui a forma, por excelência, pela qual o objeto torna-se, a um só tempo, exterior ao sujeito do conhecimento e a ele subordinável. Assim, a racionalidade de tal objetividade científica vem a constituir-se num discurso ideológico fundado na dominação e no objeto morto.

A MEDICINA E A PRODUÇÃO MONOPOLISTA

O aprofundamento das relações econômicas e sociais excludentes geravam um amplo contingente de doentes e ameaçadores bolsões de epidemias e violência, com tensões e pressões sociais. A exclusividade do modelo biológico no nível da produção de conhecimento médico e suas exigências diagnóstico-terapêuticas cimentavam a eficácia da tarefa política da medicina. Ambos os fatores passam a tornar significativas as pressões exercidas por setores populares demandando serviços de saúde e inadiáveis os esforços para o surgimento de uma solução que as possa calar.

Entretanto, mesmo que o interesse das áreas de acumulação ligadas à saúde, como medicamentos, equipamentos, assistência, se voltem para o esforço da expansão dos serviços, a conformação por onde vinha caminhando a prática médica especializada, compartimentalizada, dispendiosa, dependente de tecnologia sofisticada e procedimentos terapêuticos caros, diversificados e de rápida obsolescência, mostra-se de antemão incapaz de dar conta dessas tensões e pressões. Não há Estado que possa arcar com despesas sempre crescentes na área da atenção médica, sobretudo se fundada nessa forma de conceber e de atuar sobre a doença.

Nessa perspectiva de análise, não parece casual que a grande depressão do final dos anos vinte, o desemprego, a deterioração das condições de vida, o fortalecimento do Estado, o aumento de concentração do capital, a instauração dos monopólios, a consolidação do imperialismo econômico-militar, tenham sido importantes ingredientes para a nova conformação econômica e social, de onde emergiram as propostas do movimento preventivista².

Ele coloca em questão, a necessidade de reformular as bases teóricas, a organização das formas de atendimento e a formação de recurso humano que fundamentam e viabilizam os modelos de atenção médica.

Observa-se, e já era de se esperar, que as diversas formações sociais absorveram o discurso de acordo com a organização e a correlação de forças políticas que instituíam seus Estados nacionais.

Em outras palavras, a reforma médica aparece num contexto em que ela retoma manifestamente o apelo ao social que lhe revelará uma nova tarefa política: reproduzir a força de trabalho, diminuir as pressões e tensões sociais respondendo à demanda por extensão de serviços de Saúde.

Para isto é necessária a produção de novos saberes, a criação de novas práticas e a recriação e a conjugação de novas e velhas instituições².

ALGUNS PRODUTOS DAS RELAÇÕES ATUAIS ENTRE MEDICINA E SOCIEDADE EM PAÍSES PERIFÉRICOS

Dessa forma, embora os elementos constituintes da questão Saúde possam conter uma lógica própria, certamente até por isto ela é também uma prática social. E assim poderá ser melhor compreendida quando analisada no interior do campo teórico que trata das relações entre a Medicina e a Sociedade.

Essas relações em grande parte resultam de uma dada formação econômica, com um papel importante no plano político-ideológico, reproduzindo relações sociais²⁶. Isto se verifica através de vários mecanismos tais como: as características da relação médico-paciente, relação serviço de saúde-clientela³⁰; o processo de medicalização, traduzindo e reduzindo os problemas sociais, políticos e econômicos ao âmbito funcionalista da doença passível de poções de cura ou medidas paliativas⁸; a redução do meio de trabalho médico a uma clínica cujo objeto é um corpo universalmente constituído; a projeção da doença como culpa ou punição¹⁹; a limitação do campo de saberes, marginalizando outras importantes formas de conhecimento⁷; a atomização do corpo, etc. Ao mesmo tempo, através das Políticas Sociais, a medicina vai servindo diretamente à reprodução das relações de produção não só por seus mecanismos ideológicos, mas principalmente pela forma como é dirigida à população geral, onde a Medicina do Trabalho, por exemplo, tem como papel tradicional devolver o trabalhador à produção, pela via do tratamento sintomático (raramente etiológico), ou ainda de “selecionar” os “saudáveis”, “aptos”, ou “adequados”, cujo custo para a produção seja o menor possível^{26, 32}. Da mesma forma veicula amplamente a circulação de mercadorias envolvidas nas ações de saúde, principalmente medicamentos e equipamentos, cujos representantes jurídicos da sua produção impõem diretrizes políticas ao Estado, onde o consumo desses itens possa ser maior, ainda que desnecessário¹⁴. Portanto, a medicina enquanto técnica “detentora do discurso competente” e normativo das questões de Saúde tem-se articulado ao processo de manutenção do “status quo”, tanto reproduzindo a força de trabalho através da reprodução das relações sociais e da aplicação de “tecnologia apropriada”, como reproduzindo diretamente o próprio modo de produção. Valoriza, portanto, as formas de investigação e produção de conhecimentos que aprofundam o modelo comprometido com as razões econômico-financeiras em detrimento da preocupação com o HOMEM - ser social.

É fundamental a “tomada de consciência” desse “efeito colateral” indesejado para uns ou estrutural para outros, uma vez que o valor de humanidade do HOMEM tem sido sistematicamente definido como o bem maior das práticas da cura.

PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES

Contudo, a despeito dessa carga de funcionalidade na lógica de um sistema social reprodutor da sociedade fundada na dominação / submissão, a concepção da Saúde enquanto

prática social e a partir do compromisso ético de defesa da vida abre-se à importância, à permeabilidade e à determinação das formas assumidas pela organização dessa sociedade em constante trabalho de reinstituição.

Os setores populares, então, na medida em que passam a reivindicar seu direito à saúde (também através de serviços de qualquer natureza) inauguram um processo que abre inevitavelmente novas possibilidades. Expõem, no mínimo, a perversão nos níveis de prioridade em que o financeiro prevalece em detrimento do homem^{5, 10, 16, 20, 28}.

Assim sendo, a responsabilidade dos sujeitos sociais na transformação da sociedade exige o entendimento da penetração atual da questão saúde junto às categorias subalternas. A valorização da percepção em sua conotação de direito de cidadania a ser exigido e não em esmola conferida pela caridade não garante, mas permite a intervenção dos novos atores sociais originários das organizações populares em novas formas de relação saúde/sociedade^{17, 25, 31}. Tais formas são potencialmente articuláveis a interesses mais nobres e mais comprometidos com um resgate ético da humanidade²⁸, valor maior, muitas vezes motivador de opções profissionais.

SUMMARY

Historic theoretic aspect on relationship between health society

Int the field of the knowledge that connects the terms: Health and Society, now concentrated in the Public Health area, this paper plants the questions of the “knowledge & Sciences” constructions used to accomplish the “practices & arts” of cure. The objective of this work is to understand the emergency of the value of the relationships between Medicine “lato sensu” (science & art) and the Society (place of reproduction and transformation of the societal life) existent in the Social and Historical conditions of this scientific knowledge production. It was done through bibliographic analyses about the history and evolution of: the medical practices and sciences, the occidental societal development, the literature about the relationships between both before. In this way, searching for an ethical-political complicity, the no-neutrality of this science and this praxis front of the Society organization is discussed.

Keywords: *history of medicine, sociology medical, public health.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APEZECHEA, H.J. Problemas metodológicos da pesquisa na ciência da Saúde. In: NUNES, E.D. (Org.) *Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985.
2. AROUCA, A.S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Campinas, 1975. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.
3. BASBAUM, L. *História sincera da República*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1975-1976. v. 1-4.

4. BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
5. BOSCHI, R., VALLADARES, L.P. Movimentos associativos de camadas populares urbanas: análise comparativa de seis casos. In: BOSCHI, R. *Movimentos coletivos no Brasil urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 113-143.
6. CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1971.
7. CHAUI, M.S. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 1981.
8. DONNANGELO, M.C.F., PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
9. DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
10. DURHAN, E. Movimentos sociais: a construção da cidadania. *Novos Estudos*, São Paulo, v. 10, p. 20-30, outubro 1984.
11. FERNANDES, F. O problema do método na investigação sociológica. *Sociologia*, v. 9, n. 4, p. 332-345, 1947.
12. FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
13. GARCIA, J.C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E.D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
14. GIOVANNI, G. *A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Polis, 1980.
15. GONÇALVES, R.B.M. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, USP.
16. JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 1989.
17. L'ABBATE, S. *O direito à saúde: da reivindicação à realização - projetos de política de saúde em Campinas*. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado-Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP.
18. LOPES, O.C. *A medicina no tempo*. São Paulo: Melhoramentos, 1970.
19. MACHADO, R. et al. *A danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
20. MOISES, J.A. O Estado, as contradições urbanas e o movimento social. In: *CIDADE, povo e poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
21. NAVARRO, V. Classe social, poder político e Estado e suas implicações na medicina. In: ABRASCO. *Textos de apoio: Ciências Sociais I*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1986.
22. NUNES, E.D. A medicina social. *Revista de Cultura Vozes*, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 173-188, 1980.
23. POLAK, J.C. *La médecine du capital*. Paris: Maspero, 1972.
24. ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E.D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
25. SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
26. SCHATZKIN, A. Health and labor-power: a theoretical investigation. *International Journal of Health Services*, v. 8, n. 2, p. 213-234, 1978.
27. SIGERIST, H.E. *História y sociología de la medicina*. Bogotá: Gustavo Molina, 1974.
28. SMEKE, E.L.M. *Saúde e democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso*. Campinas, 1989. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.
29. SNOW, J. Sobre a maneira de transmissão da cólera. Rio de Janeiro: USAID, 1967. Tradução da edição inglesa de 1955.
30. SUCUPIRA, A.C. *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras*. São Paulo, 1981. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina, USP.
31. TEIXEIRA, S.M.F. *Cidadania, direitos sociais e Estado*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília.
32. WAITZKIN, H.B., WATERMAN, B. *La exploración de la enfermedad en la sociedad capitalista*. México: Nueva Imagem, 1981.

RELATO DE CASO

Complicação rara de traqueostomia*

José Luís Braga de Aquino**

Pedro Agapio de Aquino Neto***

RESUMO

Os autores relatam o caso de uma paciente de 71 anos com carcinoma epidermóide de pele ao redor de uma traqueostomia vigente há 49 anos. Tecem comentários sobre a etiopatogenia e a conduta empregada, fazendo revisão da literatura.

Unitermos: Carcinoma de células escamosas, traqueostomia.

INTRODUÇÃO

Embora a traqueostomia, seja procedimento cirúrgico antigo⁽¹⁾ é ainda nos dias de hoje suscetível a complicações, precoces ou tardias. Das tardias, cicatrização inadequada, estenose traqueal e epitelização da fístula traqueocutânea são as mais relatadas¹². Outra complicação tardia descrita, embora muito rara, é o carcinoma no local da traqueostomia, sendo que até 1983, apenas 9 casos foram noticiados^{3, 4, 6, 14}. Nesses casos relatados, os autores observaram que o câncer comprometeu o trajeto do traqueostoma, não havendo envolvimento da pele ao redor do "stoma". Já WARREN et al.¹³ relatam um caso de câncer de pele em cicatriz de traqueostomia anterior, após 27 anos em que a mesma tinha sido fechada.

Dada a raridade dessa complicação e não havendo relato na literatura nacional sobre esse fato, isso nos ensejou a oportunidade da apresentação de um inusitado caso de carcinoma epidermóide de pele instalado em torno de uma traqueostomia vigente há 49 anos, discutindo a etiopatogenia e a conduta realizada.

DESCRIÇÃO DO CASO

História

S.V.J., 71 anos, feminina, admitida em 15-1-1983, no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade Santo Antônio (Campinas), relatou que há dois meses vinha notando "ferida" em torno da traqueostomia, com sangramento intermitente, prurido e dor superficial em queimação, no local. Familiares da paciente relataram que a mesma há 49 anos sofreu ferimento perfurante por arma branca na região cervical com traqueostomia. Referiram ainda que após a recuperação do ferimento, a paciente nunca mais procurou qualquer auxílio médico, para orientação do fechamento da traqueostomia; vem apresentando saída de secreção intermitente pelo *stomia*, ao longo dos anos.

Relata ser cardiopata, fazendo uso de digital.

Exame Físico

Bom estado geral, eupnéica, hidratada, descorada (+).

Pescoço

Presença de cânula metálica em traqueostomia com tumor vegetante, ulcerado, avermelhado, sangrante, ocupando 3/4 da circunferência do orifício, não se notando por palpação infiltração profunda do *stomia* (Figura 1). Ausência de adenomegalias.

* Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Geral e Torácica do Hospital e Maternidade Santo Antônio, em Campinas

** Cirurgião do Hospital e Maternidade Santo Antônio, Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da FCM-PUCAMP.

*** Chefe do Departamento de Cirurgia do Hospital e Maternidade Santo Antônio, Professor Livre Docente do Departamento de Clínica Cirúrgica da FCM-PUCAMP.



FIGURA 1. Tumor ulcerado ocupando 3/4 da circunferência do orifício do traqueostoma.

Tórax

Pulmões: Murmúrio vesicular diminuído globalmente; ausência de ruídos adventícios.

Cardiocirculatório: Bulhas normofonéticas com raras extra-sístoles. P.A. 16 x 11mmHg; Fc92 batimentos.

Abdomem

Plano, flácido, ausência de visceromegalias.

Extremidades

Sem alterações.

Exames Complementares

Hemograma: Anemia.

Perfil bioquímico: Normal.

Raio X de tórax: Hipertransparencial pulmonar com cardiomegalia discreta.

Eletrocardiograma: Alterações de repolarização ventricular com esparsas extra-sístoles.

Laringoscopia: Sinequia fibrótica com total obstrução das cordas vocais; realizada biópsia que revelou processo inflamatório crônico.

Biópsia de pele: Retirado um fragmento de mais ou menos 1,5cm de tecido bastante friável, que ao exame histológico revelou tratar-se de carcinoma epidermóide (Figura 2).

Evolução

Radioterapia com 5000 rads (24 sessões) de 7-2-1983 a 21-3-1983, com regressão total da lesão. Acompanhamento até 11-3-1983 sem intercorrências. Após essa data, perdeu-se o acompanhamento da paciente, sabendo-se que após dois meses a mesma veio a falecer por causa desconhecida.

DISCUSSÃO

O carcinoma cutâneo desenvolvido ao redor de traqueostomia, embora se mostre como complicação de exceção,

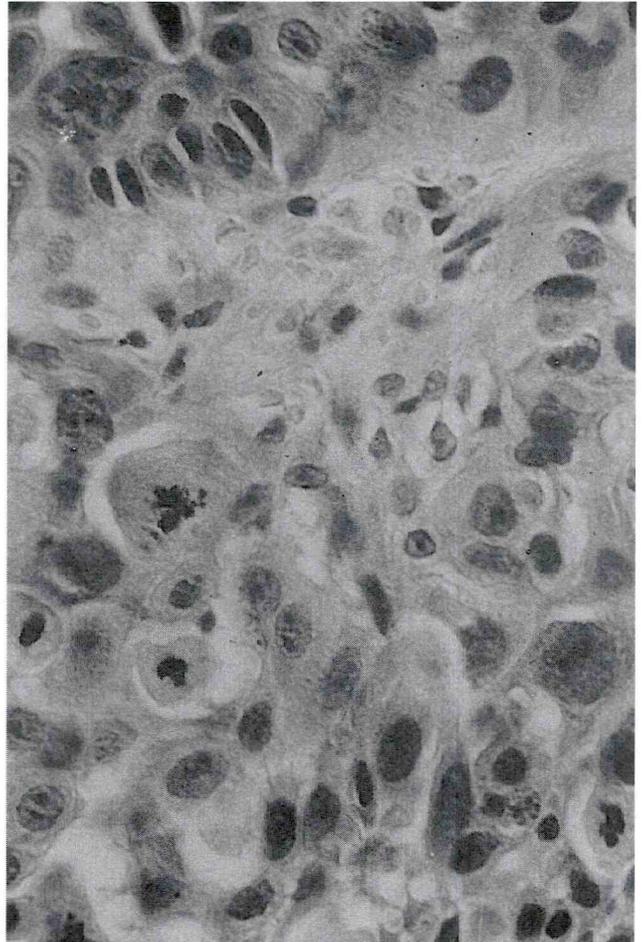


FIGURA 2. Aspecto anatomopatológico da lesão, evidenciando-se carcinoma epidermóide.

pela sua raridade, é bem suscetível de poder ocorrer, pela presença de inflamação cutânea crônica.

Vários autores têm encontrado carcinomas instalados em úlceras crônicas e em trajetos fistulosos com comunicação cutânea, procurando estabelecer uma correlação entre inflamação cutânea crônica e neoplasia maligna^{1, 8, 10}. Segundo McANNALY & DOCKERTY⁵, Marjolin em 1928 foi o primeiro a reconhecer a ocorrência de transformação maligna em úlceras crônicas de pele e SAPAZHNIKOVA⁹ mostrou o surgimento de câncer em esofagites cáusticas. Corroboram a idéia de que a inflamação crônica é fator contribuinte para a formação de tecido tumoral.

Em nosso meio, PINOTTI et al.⁷ relataram um caso de carcinoma epidermóide cutâneo em torno de uma gastrostomia, mantida por 31 anos, que teria sido desenvolvido pelo extravasamento constante de suco gástrico pelas margens da gastrostomia, provocando irritação crônica no local, e que seria o fator determinante do crescimento celular anômalo.

Como seu viú da experiência dos autores citados, existe uma relação entre inflamação crônica e neoplasia maligna, embora WARREN et al.¹³ afirmem que este fato ainda não está bem definido.

No caso descrito, o extravasamento de secreção pulmonar pelo *stomia* provocando irritação crônica no local, e o

traumatismo constante e prolongado da cânula, teriam sido provavelmente os fatores determinantes da inflamação cutânea crônica, predispondo assim à neoplasia maligna. Segundo BOYLAND², qualquer local onde há fluxo secretório, este funcionaria como estímulo carcinogênico em área irritada, o que levaria a um aumento da transformação de células normais em células neoplásicas, sofrendo assim um fenômeno de mutação.

Não há dúvida de que o tempo de latência no caso relatado de 49 anos para a instalação do carcinoma de pele foi mais do que suficiente para a formação da inflamação crônica e o desenvolvimento do carcinoma, sendo que na literatura é relatado tempo de latência que varia de 14 até 40 anos^{3, 4, 13}.

Quanto à terapêutica, alguns são favoráveis a ressecção cirúrgica³, embora outros relatem que a radiação tem dado bons resultados nos casos de carcinoma de pele, conduta essa também adotada por nós, no caso exposto. Isto se fez, principalmente, pelo fato de ser paciente idosa e cardiopata com condições pouco favoráveis a uma cirurgia e ainda pelo fato da neoplasia maligna estar envolvendo somente a pele, sem comprometer o trajeto da traqueostomia. Embora a paciente fosse acompanhada a curto prazo, esta conduta mostrou bons resultados.

Assim, achamos que o conhecimento dessa complicação rara é de grande valia, principalmente para propiciar a sua cura em tempo hábil. Talvez o mais importante seja a realização de uma profilaxia, evitando-se a permanência duradoura de qualquer *stomia*, desde que possível.

SUMMARY

Unusual complication of tracheostomy

The authors report the case of a patient with 71 aged with epidermoid carcinoma of the skin around of a

tracheostomy for 49 years. They make comments the etiology and therapeutic utilized, making revision of the literature.

Keywords: *Carcinoma, esquamous cell, tracheostomy.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARONS, N. S., LINCH, J.B., LEWIS, S.R. Scar tissue. *Ann. Surg.*, v. 161, p. 170-178, 1965.
2. BOYLAND, E. Different types of carcinomas and their possible modes of action. *Cancer. Res.*, v. 12, p. 77-83, 1952.
3. HADJU, S.I., HUVOS, A.G., GOODNER, J.T., FOOLE, F.W., BEATTIEJR, E. J. Carcinoma of the trachea: clinico pathologic study of 41 cases. *Cancer*, v. 25, p. 1448-1456, 1970.
4. MATKOWITZ, R. Luftrohrenkrebs nach Tracheotomie. *Zentralbl. Allg. Pathol.*, v. 113, p. 208-210, 1970.
5. MANNALY, A.K., DOCKERTY, M.B. Carcinoma developing in chronic draining cutaneous sinuses and fistulas. *Surg. Gynec. Obstet.*, v. 88, p. 87-96, 1949.
6. NEVSKII, B. N. Primary cancer of trachea occurring after chronic injury. *Vest Otorinolaringol.*, v. 26, p. 94-96, 1964.
7. PINOTTI, H.W., GEMPERLI, R., RAIA, A. Carcinoma epidermóide de pele por uso prolongado de gastrostomia. *Rev. Paul. Med.*, v. 92, p. 118-120, 1978.
8. ROSSER, G. The etiology of anal cancer. *Am. J. Surg.*, v. 2, p. 328-333, 1931.
9. SAPAZHNIKOVA, M.A., The morfology of cancer of the esophagus developing after achemical burn. *Vopr. Onkol.*, v. 22, p. 3-9, 1976.
10. SCHREK, R. Cutaneous carcinoma. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, v. 31, p. 434-448, 1941.
11. TOLEDO, A.C. Traqueostomias. In: GOFFI, F. S. *Técnica cirúrgica*. São Paulo: Atheneu, 1984. v. 1, p. 361.
12. TSUZUKI, S. C., MARQUES, E.F. Traqueostomias. In: ZERBINI, E.J. *Clínica cirúrgica Alípio Correa Neto*. São Paulo: Sarvier, 1974. v. 3, p. 63.
13. WARREN, G.H., PEARLMAN, N.W., CAIN, T.L. Carcinoma arising in a tracheostomy Scar. *Arch. Otolaryngolog.*, p. 352-353, 1983.
14. WEISMAN, R.A., HORST, R.K. Tracheal carcinoma after tracheostomy. *Arch. Otolaryngolog.*, v. 105, p. 364-366, 1979.

Os terapeutas ocupacionais no Brasil: o itinerário da contradição

Lilian Vieira Magalhães*

RESUMO

A carreira dos terapeutas ocupacionais constituiu-se no Brasil de maneira muito peculiar. A sociologia do trabalho a classificaria no grupo das semiprofissões, ou seja, ainda não obteve reconhecimento científico ou social, mas já possui as prerrogativas jurídicas das demais carreiras da Saúde. O objetivo do texto é localizar os caminhos para superar os problemas atuais.

Unitermos: *terapeutas ocupacionais, ocupações em Saúde.*

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL: BREVE ESBOÇO

A consolidação de uma certa profissão depende, em nosso País, de certos fatores extraprofissionais: legislação, escolaridade, conjuntura do mercado, liberdades civis etc.

Em termos gerais podemos sintetizar o aparecimento dessa profissão no Brasil com as seguintes características:

a) desarticulação entre a formação dos novos profissionais e a ação governamental (passados mais de 30 anos de formação de terapeutas ocupacionais, os serviços públicos de Saúde ainda não prevêm a contratação sistemática desses profissionais);

b) inexistência de interesse social pela nova profissão (provocada pela desinformação da sociedade em geral e da comunidade técnico-científica em particular);

c) exercício profissional vinculado ao sacerdócio, à filantropia ou ao pioneirismo (o que favorece o isolamento das demais categorias profissionais e prejudica a formação de uma consciência profissional);

d) inadequação entre a distribuição das escolas e o número de vagas e as reais necessidades sanitárias de cada região do País.

Desse modo, os terapeutas ocupacionais foram conquistando as prerrogativas jurídicas dos demais profissionais de

nível superior, sem, no entanto, superar os entraves criados pelo tipo de institucionalização da profissão**.

Este fato provocou, só para citar um exemplo, a constrangedora existência de possibilidades legais para a concessão de bolsas de estudo e insuficiência de solicitações. Permitidas pela lei, negadas pela realidade objetiva.

Escolas de má qualidade controladas sob a lógica do lucro, professores despreparados, seleção de alunos meramente formal pela baixa procura, entre outros fatores, geram profissionais de qualidade discutível, sem condições concretas de intervir competitivamente no mercado de trabalho. Os terapeutas ocupacionais contam hoje com TODAS as "vantagens" jurídicas concedidas aos demais profissionais de nível superior, porém, suas concretas condições ainda são insatisfatórias (garantidas as exceções que só confirmam a regra perversa).

O caso da carreira docente é ilustrativo do modo peculiar de atuação dos terapeutas ocupacionais em face das instituições consolidadas. Enquanto nas demais profissões cresce o interesse pela pós-graduação e pela titularidade

** Por institucionalização de uma profissão compreende-se o conjunto de prerrogativas políticas obtidas por determinada corporação profissional. Ou ainda "pelo tipo de reconhecimento que adquire dentro do grupo profissional, nas instituições que os formam e nas que requerem seus serviços e no contexto de pessoas assistidas: pacientes, alunos, familiares, etc., até o reconhecimento da comunidade em geral"¹⁴.

* Professora Titular e Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da FCM-PUCCAMP.

acadêmica, entre nós chega a existir certo desdém pela especialização ou pela produção de conhecimento pautada em critérios cientificamente defensáveis. Os graus acadêmicos não têm qualquer peso na remuneração ou na contratação de pessoal na maioria das escolas e os próprios docentes vêem com certas desconfianças os colegas que se dedicam à pesquisa, como se o exercício da profissão só fosse “verdadeiro” quando realizado no âmbito da clínica.

Há ainda alguns pontos a assinalar com relação à evolução dessa categoria profissional no Brasil: a ambigüidade dos textos que regulamentam a profissão e o perfil das entidades representativas ou de classe.

Em nossa dissertação de mestrado “Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição” procuramos focalizar a formulação dos textos legais enquanto instrumentos de ordenação e *amparo* jurídico-institucional, que delimitam certo “campo” de ação profissional. Em nosso caso a trajetória casuística e de oportunismos que caracterizou cada “conquista” gerou textos contraditórios e vagos:

“Ao qualificar a atividade privativa do terapeuta ocupacional declara-se:

Artigo 4º. É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais com a finalidade de restaurar a capacidade mental do paciente” (decreto-lei nº 938/69).

“... Que compete a um terapeuta executar terapêuticas é o óbvio. Quais, ou de que tipo? Em que condições?”⁸

E ainda poderíamos acrescentar que, ao designar separadamente *técnicas terapêuticas* de um lado e *recreacionais* por acréscimo, está criada uma função adicional de *recreacionismo* que não é contemplada no currículo formal, além de criar uma dicotomia teórica entre o *brinquedo* e o *tratamento*, o que mereceria um exame mais detalhado.

Há ainda inúmeros exemplos da imprecisão dos termos ou mesmo de sua total indecifrábilidade:

“Artigo 1º. É competência do terapeuta ocupacional... prescrever baseado no constatado na avaliação cinético-ocupacional...” (Resolução COFFITO-81), D.O.U. de 21 de maio de 1987⁸.

No âmbito das entidades representativas as dificuldades são também freqüentes. Os Conselhos (órgãos autárquicos ligados ao Ministério do Trabalho) representam uma antiga tendência cartorial do Estado brasileiro e (com poucas exceções) pautam suas atividades dentro de um modelo credencialista e burocrático que não traz qualquer benefício aos profissionais em particular ou à sociedade em geral.

As associações científicas, de natureza civil e de filiação voluntária, encontram dificuldades enormes na sua sustentação graças ao pouco costume que os brasileiros têm de conviver com o que não é obrigatório.

Os sindicatos (posso relatar fatos apenas sobre o Estado de São Paulo pois não conheço os demais) sofreram no

Brasil a ação dos regimes militares, o que os empurrou para uma militância isolada e muitas vezes decorativa.

No nosso caso há ainda a contradição de termos sonhado com uma profissão *liberal* e contarmos hoje com assalariamento quase absoluto. É muita complexidade para tão poucos profissionais!

Talvez seja o momento de abandonar o domínio legalista e avançar no exame do impacto efetivo da *prática* do profissional junto à população atendida pelos serviços de Saúde. Quem sabe o resultado não será mais animador?

A PRÁXIS DO TERAPEUTA OCUPACIONAL E SUA LEGITIMIDADE SOCIAL

Por *legitimidade social* compreendemos a efetivação de certa sociedade com a concordância e o reconhecimento de parte expressiva dos membros dessa mesma comunidade. Ora, no caso brasileiro pode soar de maneira estranha (e utópica) essa intenção. A história de nosso País não é pródiga em processos de legitimização social e a vida recente tem mostrado que mesmo os procedimentos tradicionalmente reconhecidos (as eleições, por exemplo) têm sido alvo de manipulação e controle graças à minoridade política de nossa população. Isso posto, são crescentes, no entanto, as manifestações de apoio à “democratização” da discussão das questões relativas à Saúde, parecendo-nos oportuno investigar qual o grau de reconhecimento social com que conta, em nossos dias, o terapeuta ocupacional.

O primeiro obstáculo encontrado é a própria novidade do tema em nosso meio. Não há qualquer dado concreto sistematizado sobre a avaliação que a população, no seu conjunto, ou em segmentos particulares, faz de nossa prática. Os que têm experiência clínica sabem que os que se submetem a tratamento e seus familiares fornecem, com freqüência, indicadores positivos sobre a nossa contribuição. Há ainda uma aliança espontânea entre pacientes e terapeutas no que tange à condição subalterna em relação ao restante da sociedade que geralmente caracteriza e aproxima os dois grupos^{***}.

Porém, todas essas aprovações, por mais animadoras que sejam, parecem ocorrer muito mais por *oposição* ao cuidado e atenção que por via de regra a população *deixa* de receber dos demais profissionais que propriamente pelos eventuais *serviços técnicos de comprovado benefício* que os terapeutas ocupacionais realizam. Isto merece uma explicação melhor.

Pois bem, vários trabalhos recentes têm enfatizado o aparcimento, na práxis do terapeuta ocupacional, de um modelo de intervenção baseado numa concepção materialista histórica da sociedade, “um modelo que se propõe a ser utilizado no processo de libertação do homem...” onde “... os terapeutas ocupacionais assumiriam neste caso a perspectiva dos dominados, cientes de que a ciência e a educação

^{***} Sobre esse aspecto há dois trabalhos muito interessantes: de GALHEIGO⁴ e de LIMA⁷. “A população encontrava-se num estado de carência semelhante ao Serviço de Terapia Ocupacional no que dizia respeito às condições materiais e local de trabalho. Isso criava certa identidade entre o Serviço e a população”⁷.

foram freqüentemente realizadas segundo os interesses da classe dominante colocando-se assim a seu serviço”⁹.

Ou ainda: “*um fazer que busca conscientizar os homens da opressão a que estão submetidos enquanto membros de uma sociedade classista. Um fazer que desvela as determinações sociais vividas, busca descobrir formas revolucionárias, mostra a contradição e o conflito da saúde numa sociedade de classes*”³.

As questões de ordem teórica e técnica que essas observações suscitam nós trataremos mais adiante, porém é oportuno esclarecer que determinado exercício profissional não se restringe a uma militância específica nesta ou naquela direção doutrinária. Uma determinada opção política é feita com base numa particular escolha pessoal que é matizada (mas não determinada) pela classe social de cada profissional e pela conjuntura a que ele está submetido.

O que nos parece interessante examinar é que a formação teórico-técnica freqüentemente é *desconsiderada* em nome da formação política, e embora não se possa falar de técnica ou teoria NEUTRAS, também não se pode falar de ação política, meramente empirista, sem substrato teórico que lhe dê fundamento. A prática dos terapeutas ocupacionais, salvo as honrosas exceções, está a exigir sistematização e fundamentação rigorosas, sob pena de esvaziar-se em militância ineficaz. E até nesta área, as eleições têm mostrado que a população aposta nos políticos “de resultados”. O que dá muito o que pensar...

A PRÁTICA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

“Todo dia ela faz tudo sempre igual”
(Chico Buarque)

Talvez a área mais privilegiada da recente safra de pesquisas realizadas pelos terapeutas ocupacionais sob a forma de dissertações de mestrado ou teses de doutorado seja (propriamente, aliás) a investigação sobre seu cotidiano.

GALHEIGO⁴, LANCMAN⁵, PINTO¹² e FERRIGNO² (esta última na área de prática docente) realizaram excelentes investigações sobre o universo rotineiro desse profissional. Sendo um tema vastíssimo e complexo vamos aqui apenas pinçar alguns aspectos já apontados pelos referidos autores, remetendo, entretanto, o leitor aos textos completos que são de extrema qualidade e atualidade.

O primeiro ponto a ressaltar é a composição predominantemente feminina da força de trabalho em terapia ocupacional. Na falta de estimativas mais recentes podemos citar que em 1985 o CREFITO da 3ª região estimava em 96,38 o percentual de mulheres na profissão¹¹ e em 1972 havia 96% de mulheres entre os terapeutas norte-americanos¹. Esse dado se mantém em quase todos os países onde existe a profissão organizada (as exceções ficam por conta do Japão e da África do Sul).

O estigma de *profissão feminina* leva a desdobramentos imagináveis:

- desvalorização salarial;

- interrupção forçada do exercício profissional (provocada pela maternidade e pela falta de amparo à mesma por parte das empresas de Saúde e do sistema previdenciário);

- entrelaçamento da atividade profissional com questões da vida pessoal (causada pela dupla jornada da mulher e pela tentativa ideológica de associar o trabalho feminino a fatores extraprofissionais como dificuldades emocionais, conflitos conjugais, etc.).

Toda essa desconsideração ideológica do trabalho feminino tem óbvios interesses políticos que têm sido devidamente apontados pela produção feminista, mas há um ponto nevrálgico nesse “imaginário feminino” que convém realçar.

“A máxima força de um grupo dominante não está no exercício da força, mas no consenso dos dominados à própria subordinação.” (Godelier, apud MICELA¹⁰).

Ou ainda: *“se as mulheres, por exemplo, são excluídas de tarefas complexas, passam a não ser capazes de executá-las; isso se torna a justificativa do fato de que devem ser excluídas dessas tarefas”*¹⁰.

Ora, no país das Xuxas e Paquitas, pode não ser supérfluo alertar contra a tentativa de subordinação consentida” ao universo hierárquico e centralizador que é, ainda em grande margem, a tônica do trabalho em Saúde.

O segundo ponto a destacar é a idealização, presente em todos os manuais, de que o terapeuta ocupacional *trabalha em equipe*. A falácia do trabalho em equipe tem impedido que se debata com clareza o tema da disputa pelo poder nos espaços institucionais e deve ainda merecer um estudo rigoroso que aponte os interesses da manutenção, ainda hoje, desta retórica vazia.

A mais pungente contradição encontrada no trabalho dos terapeutas ocupacionais (já que aqui tocamos apenas em contingências) é a realização pessoal que esta atividade possa proporcionar ao profissional.

Vários autores já mostraram que o índice de satisfação pessoal depende (e muito) da remuneração obtida, das condições de trabalho, do grau de autonomia e originalidade que o trabalho exige e favorece; mas um ponto crucial é o grau de satisfação subjetiva desfrutada pelo trabalhador.

No caso do terapeuta ocupacional todos os aspectos referidos carecem de mensuração rigorosa, mas uma rápida observação sobre qualquer terapeuta do grupo oferece um panorama pouco alentador.

Lidando com aspectos críticos da condição do adoecer humano, o terapeuta também é parte de um processo que redunde em gratificação mas que deriva também (às vezes em grau até mais elevado) em pesar e em sofrimento.

Um trabalho recente realizado pela Dra. Ana Pitta em São Paulo, sobre um universo de 1600 funcionários de um hospital geral, revelou que cerca de 20,8% dos funcionários (de todos os graus hierárquicos) eram portadores de sintomatologia psíquica. Do total de entrevistas cerca de 42,1% apresentavam queixas de problemas de saúde (cerca de 50% dos queixosos referiam gastrite ou outros distúrbios gástricos de comprovada etiologia psicossomática).

Assim, fica evidenciada a necessidade de considerarmos os aspectos subjetivos da vivência cotidiana no “insalubre” ambiente dos serviços de terapia ocupacional, bem como da urgência de realizarmos estudos detalhados sobre esta problemática, pois conforme nos afirma a Dra. Ana Pitta em seu excelente trabalho:

“No caso dos que trabalham com doentes o recalçamento do desgosto cria mecanismos que dificultam uma sublimação compensatória absolutamente necessária aos que têm como ofício o lidar cotidiano com dores, perdas, sofrimento e morte, dia a dia, ano a ano”¹³.

Os terapeutas ocupacionais, arautos da satisfação e da auto-reestruturação através do trabalho crítico e pleno de sentidos, não se favorecem eles próprios desse recurso e é possível até que em muitos casos ocorra o inverso!

O último ponto e o mais animador é aquele referente ao principal objeto de atenção do terapeuta. Todos os trabalhos são unânimes em mostrar que o vício do burocratismo e a síndrome dos gabinetes ainda não atingiram de maneira significativa os profissionais desta categoria. A maior parte do tempo do terapeuta ocupacional ainda é dedicada à clínica ou aos seus desdobramentos (orientação a familiares, preparação de adaptações, etc.) e isso nos enche de orgulho. É óbvio que desejamos ver o terapeuta ocupacional participando dos organismos de gestão e planejamento dos serviços de Saúde mas, do jeito que as coisas evoluem no Brasil, ainda é um alívio poder afirmar que exercemos nosso trabalho no cuidado *direto* da população e que o perverso guarda-chuva da tecnocracia ainda não nos cooptou.

Os aspectos particulares e específicos do processo de trabalho do terapeuta ocupacional estão estreitamente vinculados aos métodos de intervenção adotados e essa é a tarefa que nos espera agora. Passemos ao que Foucault chamou de “trabalhar no recolhimento e na inquietação”, ou seja, o mundo das idéias.

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL

“Tantas palavras
Que eu conhecia
Só por ouvir falar, falar...”
(Dominginhos, Chico Buarque)

O processo de produção de conhecimento em terapia ocupacional no Brasil possui vários desdobramentos e matizes.

De um lado há a influência ainda hoje muito marcante do modelo norte-americano de intervenção, de outro há a absorção de um conhecimento gerado nos circuitos psicanalíticos; há ainda uma terceira vertente (muito clara no eixo universitário de São Paulo) que se sustenta sobre um marco teórico-marxista.

A dissertação de mestrado da Prof^a Maria Heloisa Medeiros, da Universidade Federal de São Carlos, em São Paulo, busca mostrar a configuração epistemológica em

nossa área, o que faz com muito rigor e sucesso. Daquele trabalho podemos extrair alguns referenciais teóricos que vêm sendo utilizados pelos terapeutas:

- modelo cinesiológico;
- modelo psicanalítico;
- modelo neurológico;
- modelo fenomenológico ou humanista;
- modelo comportamental;
- modelo desenvolvimentista;
- modelo sensorio-integrativo;
- modelo de ocupação humana;
- modelo materialista-histórico;

Não é nosso propósito aqui discutir cada modelo mas talvez seja oportuno um exame de alguns pressupostos para a produção/reprodução no domínio teórico.

A primeira e imediata constatação, ao observarmos a produção dos terapeutas no plano teórico, é a escassez de material produzido. Deixando de lado toda a choradeira habitual que nos é típica, é forçoso reconhecer que o terapeuta ocupacional não se compreende enquanto um PRODUTOR de conhecimento. Que razões ele reuniria para adotar esse comportamento?

Avançando na análise, eu chego a suspeitar que existe mesmo certa desconsideração por parte da maioria do contingente profissional em relação à validade e eficiência de um intenso (ou pelo menos, mais freqüente) processo de intercâmbio intelectual. Eu chego a pensar que o terapeuta ocupacional torna-se vítima de um sentimento antiintelectual muito arraigado no País que desqualifica o universo teórico enquanto *gerador* de contribuições ao cotidiano complexo que enfrentamos.

É como se o terapeuta levasse ao pé da letra a idéia de “linguagem da ação” e excluísse do campo da “ação” o *pensar*.

Parece grave! Há terapia sem elaboração racional?

Por outro lado, há terapeuta sem inquietação? Sem dúvida? Sem curiosidade?

Não tenho aqui a pretensão de elevar todo terapeuta ocupacional à condição de um gênio produtor de idéias novas e originais, mas desafio alguém a conseguir provar que é possível intervir seriamente sobre os distúrbios da relação saúde-doença sem um mínimo de consumo teórico. Técnico, que seja!

Essa questão nos remete, de fato, ao cerne da formação de nossa identidade profissional que trata do *ethos* que nos define: *Homo faber* ou *Homo sapiens*?

Ora, essa polêmica, que é falsa em sua essência, ainda que fosse desenvolvida, nos levaria fatalmente a resultados decepcionantes. Apesar do elogiável esforço dos grupos ecológicos e de outras entidades que propugnam por uma vida bucólica e artesanal o século XXI apresenta-se, a qualquer olhar mais atento, como um período de privilégio ao intelecto.

Aqueles que se agarram a uma expectativa primarista de convivência social estão, quando muito, negando uma

evolução líquida e certa. O termo evolução não significa aqui um julgamento de valor, significa apenas uma trajetória previsível.

Todos os analistas da chamada “sociedade pós-industrial” apontam para um novo *ethos*. Não há como negar que é preciso repensar todos os referenciais sociológicos com que nos acostumamos a caracterizar este século. Principalmente o TRABALHO e todas as suas variações (arte, esporte, jogo, lazer, cooperação, automanutenção, enfim...)

Ainda que longa, vale a pena refletir sobre as observações do antropólogo francês LEROI-GOURHAN⁶:

“Uma antiqüíssima tradição faz reportar ao cérebro as causas do sucesso da espécie humana, pelo que a humanidade assistiu sem surpresa à ultrapassagem das realizações do braço, da perna ou do olho, visto existir a um nível superior um responsável por esses factos. Desde há alguns anos, a ultrapassagem atingiu a caixa craniana, pelo que, quando nos detemos numa análise dos factos, não podemos deixar de nos perguntar o que ficará do homem depois do mesmo ter conseguido a imitação de tudo para melhor. Aquilo que hoje em dia já é claro e que sabemos, ou que dentro em breve viremos a saber, construir máquinas capazes de se lembrarem de tudo e de ajuizarem sobre as mais complexas situações sem se enganarem. Isso revela, pura e simplesmente, que o córtex cerebral, tal como a mão ou o olho, por mais admirável que seja, é insuficiente, que os métodos de análise eletrônica superam as suas deficiências e que, finalmente, a evolução do homem, fóssil vivo relativamente à sua situação actual, trilha outras vias, que não as dos neurónios, com vistas à sua continuidade. Mais concretamente, constata-se que, para aproveitar ao máximo a sua liberdade, escapando simultaneamente ao perigo da sobreespecialização dos seus órgãos, o homem é progressivamente levado a exteriorizar faculdades cada vez mais elevadas...”

“...Neste caso, terá então de repensar completamente o problema das relações entre o individual e o social, encarar concretamente a questão da sua densidade numérica, das suas relações com o mundo animal e vegetal, deixar de imitar o comportamento de uma cultura microbiana, passando a encarar a gestão do globo como qualquer coisa mais do que um mero jogo de azar... porque a espécie continua demasiado ligada aos seus fundamentos para não procurar espontaneamente o equilíbrio que a levou a tornar-se humana.”

Pois bem, nossa profissão encontrou possibilidades de expandir-se na esteira de um período histórico marcado pelas concepções marxistas de um lado e pelo avanço do capitalismo de outro.

É curioso observar que o nosso nascimento em solo americano se deu no mesmo momento em que a população mundial assistia atônita à revolução soviética e ainda que estivéssemos tão protegidos em outro continente, era justamente sobre o benefício do TRABALHO que se falava então. Desde 1917 muitas coisas aconteceram e a propalada “sociedade do trabalho” já não vive seu apogeu. De concreto temos que o processo histórico é inexorável e que nossa sobrevivência enquanto profissão depende do fôlego

que tivermos para enfrentar a vertigem do TEMPO. Creio firmemente que temos boas razões para avançar.

“Para sempre é sempre por um triz”
(Chico Buarque)

SUMMARY

The occupational therapists in Brazil: the itinerary of contradiction

The career of the occupational therapists in Brazil is constituted in a very peculiar manner. The sociology of work will classify the career in the same group as the semi-professionals, in another words, have not yet obtained a scientific or social knowledge but has got the juridical advantage from other health careers. The aim of the text is localize the ways of overcoming the actual problems.

Keywords: occupational therapy, health occupation, history.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIASIO, Karer. *Era moderna: 1960 a 1970*. In: Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria. Tradução e compilação dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: PUCAMP, 1979. (mimeografado)
- FERRIGNO, I.S.V. *Um estudo sobre os docentes de Terapia Ocupacional como agentes de transformação da profissão*. São Paulo: 1990. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - PUC-SP.
- FRANCISCO, B.R. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papyrus, 1988.
- GALHEIGO, S.M. *Terapia Ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar: em busca de um depoimento coletivo*. Campinas: 1988. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas.
- LANCMAN, S. *A loucura do outro: o Juqueri nos discursos de seus protagonistas*. Salvador: [s.n.], 1988. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - PUCAMP.
- LEROI-GOURHAN, A. *O gesto e a palavra*. Lisboa: [s.n.], 1970. v.2 Tradução de: La geste et la parole.
- LIMA, R.C. *Terapia Ocupacional comunitária*. *Journal d'ergotherapie*. v.1, n.1, 1986.
- MAGALHÃES, L.V. *Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição*. Campinas: 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas.
- MEDEIROS, M.H. *A Terapia Ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social*. Campinas: 1989. Dissertação (Mestrado em Filosofia da Educação) - PUCAMP.
- MICELA, R. *Antropologia e psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- PIERRY, C.O.M. *Terapia Ocupacional: profissão de mulheres?* Campinas: 1985. (Monografia de conclusão de curso) - PUCAMP.
- PINTO, J.M. *As correntes metodológicas em terapia ocupacional no Estado de São Paulo: 1970-1985*. São Carlos: 1990. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- VILLARRGEL, L.N. *Campo ocupacional de los terapeutas ocupacionales en la Argentina*. Buenos Aires: Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, 1981.

A anatomia patológica é importante para a formação do médico

Silvio dos Santos Carvalho*

Do mesmo modo que a integridade estrutural e funcional do organismo é responsável pela saúde física e mental, as alterações da estrutura e seu decorrente desequilíbrio funcional são a expressão mais forte da doença e a causa de todos os males físicos e psicológicos.

Este enunciado traz consigo uma imperiosa recomendação para quem está preocupado com a organização do ensino da Medicina: a de corrigir a formação dos médicos quando for insuficiente o seu conhecimento sobre a estrutura do organismo e suas funções. É preciso dar a ele, entre outras coisas, uma sólida base, representada pelo conhecimento pormenorizado da composição dos órgãos e tecidos e das indissociáveis relações entre o arranjo físico-químico do corpo e o desempenho das suas funções, tanto no âmbito do normal como no do patológico. Em síntese, o conhecimento das lesões, das disfunções e das suas expressões semióticas é pré-requisito indispensável para que os médicos atuem eficazmente na tarefa de corrigir os desvios morfológicos e funcionais, produzidos pela doença, para restabelecer o estado de saúde física e a reintegração do enfermo na sociedade.

Analisando, contudo, a metodologia usada na Escola Médica, de modo geral, quero destacar, pelo menos, uma freqüente e grave falha na formação dos médicos, sobretudo no campo do conhecimento anatomopatológico.

Um grande número de causas danificam o organismo, alterando-lhe a estrutura molecular, micro e macroscópica, e disto resultam as alterações funcionais de intensidade variável.

Para se chegar às manifestações e, portanto, ao diagnóstico da desestruturação e da disfunção, o caminho é o estudo semiológico do paciente. Neste roteiro, está implícito que a semiologia é meio, e que seu fim é a identificação, através de sintomas e sinais, dos distúrbios morfofuncionais a que a

doença conduz. É exatamente aí que está o fulcro da incompleta formação dos médicos, de modo geral. É que eles exercitam a semiotécnica na busca da manifestação que significa sempre uma alteração morfológica, portanto, da composição estrutural (da macro, da micro ou do arranjo molecular) e, na grande maioria das vezes, quando a interpretação do significado diagnóstico das manifestações é correta, o médico faz apenas um diagnóstico nominal da alteração anatômica. Quando a tem diante dos olhos, entretanto, não sabe reconhecê-la. Parece inusitado, mas é verdade. É freqüente a constatação desta afirmação quando realizamos, por exemplo, uma discussão anatomoclínica tradicional. A interpretação dos achados da necropsia precisa ser feita pelo patologista, porque os clínicos, que fizeram as hipóteses diagnósticas, não sabem aferir se elas estão certas ou erradas. Isto quer dizer que eles sabem apenas o nome que designa a alteração anatômica, mas ignoram a essência do que estes nomes significam, em termos morfofuncionais. Com perplexidade sabemos que esta falha não os impossibilita inteiramente de terem capacidade para tratar o paciente mas, seguramente, compromete, e muito, a compreensão objetiva e a segurança do diagnóstico, o que representa um atributo essencial para dominar o conhecimento completo de cada situação.

Verificada, com freqüência, esta condição inusitada na formação do médico, é natural indagar quais seriam as mais prováveis causas desta situação. Antes de tudo acho que é porque esta falha não desqualifica inteiramente o profissional clínico para o exercício de sua atividade rotineira e, assim, poderia parecer que a Anatomia Patológica, que ele desconhece, não faz falta. Por isso, talvez, é que a formação incompleta que ele apresenta nem é notada na prática das suas atividades. Para que esta deficiência apareça, é necessário que a situação exija dele esta capacidade de reconhecer as lesões que lhe permitiram conhecimento mais completo do paciente que está manipulando. Dessa maneira,

* Professor Titular de Clínica Médica e Anatomia Patológica da FCM-PUCCAMP.

o defeito continua inaparente e não se cuida de reparar o erro que certamente ocorre no período escolar da sua formação.

Quem está, com frequência, exposto à necessidade de reconhecer a Anatomia Patológica é, em primeiro lugar, o anatomopatologista, porque este é o seu próprio campo de atuação. Em segundo lugar, está o cirurgião, que precisa saber aferir, com a visão direta do órgão lesado, o diagnóstico clínico, que foi a razão da indicação da intervenção cirúrgica. Isto permitirá a ele, eventualmente, mudar a tática cirúrgica que havia sido planejada, quando a verificação do diagnóstico anatomopatológico modificar a hipótese clínica.

O futuro cirurgião ingressa na Residência sem ser avaliado adequadamente sobre o que sabe da morfologia patológica. Durante os 2 ou 3 anos da Residência, quando muito, tem um tímido contato, quando tem, com as peças retiradas dos pacientes operados, ou com as necropsias. Excepcionalmente, os programas da Residência em Cirurgia apresentam qualquer coisa efetiva para que ele aprenda a reconhecer com segurança as lesões que lá estão nas entranhas do paciente. É somente ao longo dos anos e com as cirurgias de que participa, com cirurgiões mais experientes, é que vai vendo, e de modo incompleto, o significado real e objetivo dos diagnósticos pré-operatórios, de coisas que nunca havia visto, ou que, pelo menos, não se lembrava de tê-las visto antes. São necessários anos de prática para que acabe tendo alguma familiaridade com as lesões e, assim mesmo, apenas com a macroscopia. Isso explica, por vezes, os graves erros que cometem ao serem analisados os espécimes pelo patologista.

Afinal, chegamos às perguntas fundamentais: É ou não importante conhecer os aspectos anatomopatológicos das doenças? Por que clínicos e, às vezes também cirurgiões, não os conhecem suficientemente? Certamente que a resposta à primeira pergunta é afirmativa. Quanto à segunda, por que clínicos e até cirurgiões não são capazes de reconhecer lesões comuns da patologia humana, a resposta envolve uma análise mais aprofundada do problema. Uma afirmação é desde logo óbvia: o ensino da Patologia é mau, durante o curso de graduação e também na Residência e, por isso, o aprendizado é insuficiente. A mesma afirmação pode ser estendida também no ensino da Anatomia, da Histologia e de outras matérias do ciclo básico. É preciso esclarecer, contudo, que o mau resultado, quanto ao aprendizado dos alunos, não depende, fundamentalmente, dos programas, nem da competência dos professores, nem mesmo das cargas horárias, quase sempre generosas, para um resultado final tão decepcionante. Ao lado de outras razões menos relevantes, a causa principal tem sido denunciada, embora sem explicitar, na dissociação entre o ciclo básico e o ciclo clínico. A meu ver, nem é este o principal motivo. Afora alguns excessos e dissonâncias do ciclo básico, que

poderiam ser atenuados por uma coordenação efetiva dos cursos, o principal problema é que os conhecimentos de Anatomia, Histologia e Anatomia Patológica não são utilizados, nem aplicados nos anos seguintes àqueles em que foram ministrados. O defeito fundamental começa depois que os alunos ingressam no ciclo clínico. Que é que ocorre, então, na grande maioria das nossas Escolas? O aprendizado objetivo que os alunos tiveram, sobretudo nas aulas práticas, manipulando peças à macroscopia e lâminas ao microscópio, para verem o que são estruturas normais e patológicas, não mais volta às aulas de clínica, para objetivar o significado real das manifestações semióticas dos pacientes. O que ocorre, então, no ciclo clínico, é uma falta de aplicação demonstrativa do que entendemos por pré-requisito essencial desse ciclo. Estes pré-requisitos da fase clínica estão nos ciclos básico e pré-clínico.

No ensino da Clínica, a imagem, que é essencial nas disciplinas pré-clínicas, é quase inteiramente substituída pela sua denominação apenas. Fala-se em cirrose hepática, infarto do miocárdio, hepatite, pneumonia etc., sem que se represente a imagem tênue e incompletamente fixada pelos alunos, ao longo dos primeiros anos do curso. Já apuramos porque professores de Clínica, Cirurgia e de outras áreas não exploram o valor didático das imagens para dar aos alunos maior objetividade do que simplesmente o enunciado dos nomes dos diagnósticos anatômicos. Também eles foram prejudicados na sua formação, por essa desastrosa e sistemática substituição das imagens estruturais por um nome apenas. Na verdade, professores e alunos se comunicam através dos nomes, mas às vezes, para ambos, a objetividade da morfologia, da dimensão, da cor, da consistência do arranjo estrutural, se desvanece e se diversifica nas mais variadas e irreais expressões subjetivas.

Ainda que se tenha avaliado mal as conseqüências dessa perda de objetividade, arriscaríamos afirmar que ela pode ser responsável pela insegurança e pela falta de convicções mais fortes, básicas para o diagnóstico clínico e para o estabelecimento das condutas terapêuticas, tanto no campo da clínica como no da cirurgia.

Acho que é tempo de reabrir a discussão sobre este problema, o das perdas progressivas do conhecimento já adquirido, por falta de aplicação e uso pleno dos pré-requisitos durante e após o curso de Medicina.

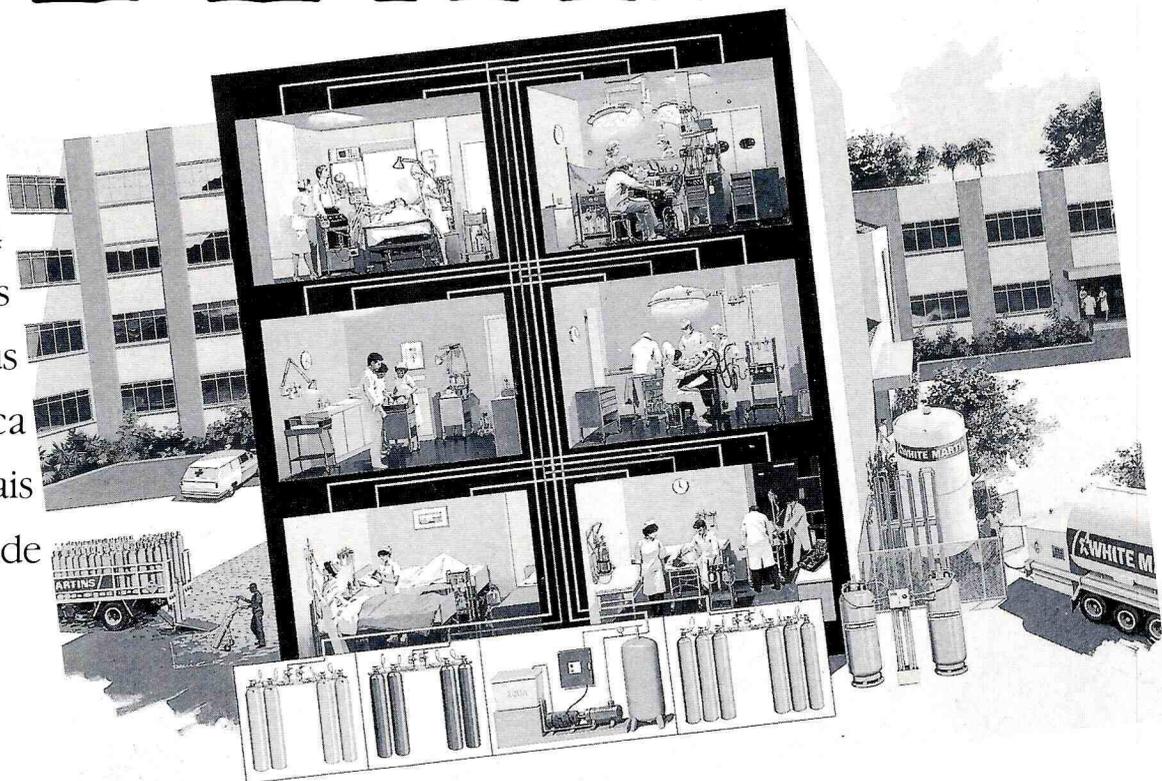
É necessário repensar também quanto está sendo inútil o grande investimento nos ciclos básico e pré-clínico para um resultado tão insatisfatório.

As coordenadorias de cursos de graduação e os programas de residência precisam incluir urgentemente, na pauta das discussões, este aspecto fundamental do ensino-aprendizado e, também, definir com maior precisão o que representam qualitativa e quantitativamente estas perdas ocorridas durante e após o Curso de Medicina.

Agora, além dos gases medicinais, dos cilindros, dos tanques, das centrais de gases medicinais e vácuo medicinal, dos sistemas de distribuição e da frota

própria, a White Martins também está produzindo equipamentos e acessórios hospitalares para seus gases. Isso significa mais segurança, mais qualidade, mais saúde para os hospitais.

WHITE MARTINS.



PRODUZINDO SAÚDE.

Belém - Travessa Djalma Dutra, 381 - Telegrafo 66000 Belém PA - Telefone: (091) 241 1577 - Telex: 911900 • **Belo Horizonte** - Rua Cristiano França Teixeira Guimarães, 50 - CINCO (Centro Industrial de Contagem) - 32010 Contagem MG - Telefone: (031) 351 1388 - Telex: 316202 • **Campinas** - Av. Senador Antonio Lacerda Franco, 1381 - 13050 Campinas SP - Telefone: (0192) 47 3186 - Telex: 197075 - Fax: (0192) 47 8855 • **Porto Alegre** - Av. São Paulo, 722 - São Geraldo - 90230 Porto Alegre RS - Telefone: (0512) 32 9977 - Telex: 512019 • **Recife** - Rua dos

Coelhos, 219 - Boavista - 50070 Recife PE - Telefones: (081) 421 3019 / 421 4070 - Telex: 813015 / 813016 • **Ribeirão Preto** - Av. Castelo Branco, 1516 - Lagoinha - 14095 Ribeirão Preto SP - Telefone: (016) 627 0010 - Telex: 166719 • **Rio de Janeiro** - Rua Prefeito Olímpio de Melo, 1581 - Benfica - 20930 Rio de Janeiro RJ - Telefone: (021) 264 2332 - Telex: 2131710 • **Salvador** - Rodovia BR-324, Km 5 - Pirajá - 40550 Salvador BA - Telefone: (071) 392 1755 - Telex: 712324 • **São Paulo** - Rua Raul Pompéia, 144 - Água Branca - 05025 São Paulo SP - Telefone: (011) 262 6966 - Telex: 1182094 - Fax: (011) 62 9989